COLLEZIONE DELLE MEMORIE

CHIRURGICHE ED OSTETRICHE

DEL PROFESSORE

FRANCESCO RIZZOLI

CHIRURGO PRIMARIO

NELLO SPEDALE MAGGIORE

DI BOLOGNA

Volume II.

BOLOGNA

REGIA TIPOGRAFIA

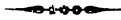
1869.

1117
R62
1869

OPERAZIONI CHIRURGICHE

PER LA CURA RADICALE

DI ALCUNE

ERNIE ADDOMINALI

ESTERNE

I pericoli ai quali si trovano esposti coloro che sono affetti da ernie addominali esterne, la difficoltà, o la impossibilità che qualche volta si incontra a mantenerle ridotte, la incapacità in cui non pochi son posti di prestarsi a laboriose fatiche, anche quando tali ernie sono in essi debitamente contenute, indussero distinti chirurghi fino da tempo remotissimo a tentarne la guarigione radicale. Ma sebbene le nozioni sull'ernie abbiano di molto progredito mercè le osservazioni anatomico-patologiche e cliniche, ciò non pertanto poco frutto potè dalle medesime ricavarsi rispetto al metodo più acconcio a radicalmente sanarle, avendo la esperienza dimostrato che i varii metodi proposti ed usati nella maggior parte dei casi fallirono, e molte delle proclamate radicali guarigioni non furono in realtà, ben di frequente, se non se temporarie.

E fu appunto perciò che di poi sfiduciati i più cauti operatori per l'esito non felice di cotali operazioni, ed intimiditi

pei pericoli, che, quantunque assai di rado, pur tuttavia ad esse susseguirono, non furono molto proclivi a tentarle. Ed io pure per gli stessi motivi, sebbene non pochi a quest'uopo con insistenza mi richiedesserò, m' astenni dall' appagarli allorquando la loro preghiera era mossa soltanto dal desiderio di fare a meno del cinto; e non mi rifiutai di compiacerli, se non se quando a me ricorrevano acciocchè riparassi ad un' ernia, la quale coi migliori mezzi meccanici che l'arte conosce non poteva essere contenuta, e l'infermo dalla medesima travagliato, era perciò frequentemente esposto a non pochi pericoli, ed in ispecial modo al gravissimo dello strozzamento dell' ernia stessa.

In questi casi, abbandonando il male a sè medesimo od incompletamente riparandovi, si lascia in continuo timore l' infermo, e se ne rende infelicissima e piena di rischi la vita: tentando invece la guarigione radicale dell' ernia, si espone esso infermo bensì a qualche pericolo, ma di sovente remoto, con questo però che se si riesce a guarirlo, od almeno a porlo nelle condizioni opportune a contenere i visceri fuori esciti entro l' addome, ha fine così la serie temibile dei mali che lo travagliano e lo minacciano.

In seguito di questi riflessi, mi indussi a tentare nelle indicate circostanze quei metodi che alle medesime ritenere potevo più confacenti, e intorno ai quali voglio sperare non sia inopportuno che io spenda alcune parole.

Marco Colliva, di S. Ruffillo, d' anni 45, entrò nello Spedale Provinciale e Ricovero il giorno 12 Giugno 1837, per essere curato di un' ernia intestinale scrotale destra, la quale, quantunque libera, non poteva contenersi coi cinti meglio formati. Quest' uomo era ernioso già da 30 anni, ed all' ernia complicavasi un idrocele diffuso del funicolo spermatico, che però non era di molta rilevanza. Essendo egli gessaiolo e per questo dovendo esercitare tali fatiche che lo esponevano ben di frequente all' incarceramento dell' ernia, dichiarò di esser pronto a sottoporsi anche a cruenta chirurgica operazione

colla quale potesse sperarsi di ottenere tale risultato, che valesse a impedire i pericoli da cui così di frequente era minacciato. L'ernia essendo piuttosto vasta, ne era derivata la scomparsa del canale inguinale, di cui l'apertura d'ingresso e di egresso si era perciò cangiata in un sol foro, del diametro di due buoni centimetri. Veduta pertanto la necessità, onde impedire la discesa dei visceri erniosi nello scroto, di obliterare quella apertura, sperai che ciò potesse ottenersi con un tampone formato coi sovrapposti integumenti e nella medesima insinuato, giusta i precetti dettati specialmente dal *Signoroni,* il quale a quei dì vantava con tale metodo molti felicissimi risultati. Preparato quindi per alcuni giorni debitamente l'infermo, lo feci porre nel letto, sul quale giaceva, in posizione orizzontale supina, e dopo avere usato del tassi onde rimettere gl'intestini erniosi entro l'addome, praticai negl' integumenti un taglio della lunghezza di circa due centimeri paralello al bordo esterno del cordone spermatico, ed in corrispondenza al bordo parimenti esterno del foro inguinale, divaricai allora i lembi della ferita, ed insinuando l'indice della mia mano sinistra nel detto foro, potei con questo dito, nel tempo stesso che difendeva il funicolo, valermene di scorta per escidere col bistorino bottonato il bordo esterno e superiore dell'indicato anello.

Fatto questo, vi introflessi gl' integumenti che trovavansi sovrapposti all'anello inguinale medesimo, e li feci tener fermi in quella posizione da un assistente mediante una siringa retta. Allora, munitomi di un grosso spillo d'argento alquanto curvo della lunghezza di sei centimetri, ne introdussi la punta negl' integumenti che rivestivano la porzione sinistra ed inferiore dell'anello inguinale a quattro millimetri di distanza dall'anello medesimo, ivi trapassai l'aponeurosi del muscolo obliquo esterno valendomi, a scorta della punta di esso spillo, dell'estremità dell'indice della mia mano sinistra insinuato nell' imbuto formato dagl' integumenti arrovesciati entro l'anello, dopo di che scorrendo posteriormente al margine

sinistro dell' anello stesso, feci uscire la punta dello spillo attraverso gl' indicati tegumenti entroflessi: in seguito passai la punta medesima negl' integumenti parimenti flessi che guardavano il margine destro del foro inguinale al di sopra del luogo ove trovavasi il funicolo spermatico, condussi dipoi la punta dello spillo, colle dovute cautele, al di sotto dell'aponeurosi che formava il margine destro dell' anello dirigendola all' infuori, e la feci uscire negl' integumenti a quattro millimetri di distanza dall' anello e dalla ferita fatta nei sovrapposti integumenti. Introdussi in tal guisa altri due spilli simili nella stessa direzione del primo, ed in modo da comprendere la lunghezza dell' anello in quattro parti eguali; con fili cerati compii la cucitura attorcigliata, vi sovrapposi alcune pezze, e con una fasciatura compressiva diedi fine alla operazione.

Niun fenomeno particolare richiedendolo, si lasciarono passare quattro giorni prima di levare gli spilli, il tampone però, ad onta di questo, non aveva presa aderenza coi bordi dell' anello come speravasi, dalla ferita cominciava a trasudare un umore puriforme. Nel giorno appresso, la regione operata presentandosi alquanto infiammata, si medicò la ferita con alcune fila spalmate di unguento rosato, e con un largo empiastro ed una fasciatura contentiva. Nell' ottava giornata dall' operazione lo scroto trovossi preso da flemmone diffuso, il quale non cedette al salasso ed all' applicazione degli empiastri ammollienti, ma diede luogo alla formazione di un ascesso che naturalmente in seguito si aprì, scaturendo dal medesimo molta copia di pus, insieme a pezzi di cellulare sfacellata. La piaga per altro non tardò molto ad acquistare buoni caratteri, e dopo due mesi e mezzo dall' eseguita operazione, cicatrizzò.

Ciò nullameno l' infermo rimase coll' ernia; ritrasse per altro dall' operazione non piccolo vantaggio, in quanto che, sebbene il tampone cutaneo introdotto nell' anello inguinale cruentato non prendesse col medesimo quelle aderenze che

sarebbero state indispensabili acciocchè gl' intestini avessero trovato un impedimento insuperabile alla loro discesa nello scroto, l' infiammazione delle parti costituenti l' anello ed al medesimo adiacenti tanto operò, da rimpiccolirlo in modo, che fosse permesso all' infermo di contener l' ernia con cinto assai semplice.

Il tempo non breve che si impiegò in questa cura, i fenomeni infiammatori non miti che si svilupparono nello scroto dell' operato, la ottenutasi parziale obliterazione soltanto dell' anello inguinale attraverso cui passavano gli erniosi intestini, e ciò non già mediante le aderenze prese dai bordi dell' anello medesimo col tampone formato dalla cute nel medesimo entroflesso, ma bensì per solo effetto della sviluppatasi infiammazione, mi consigliarono a prevalermi d' altro processo onde tentare la cura radicale di un' ernia scrotale non molto voluminosa del lato destro riducibile, ma non contenibile, per liberarsi della quale il possidente signor Luigi Gherardi di S. Maria d' Affrico, d' anni 30, era entrato nel suddetto Spedale il giorno 15 del mese di Settembre 1838.

Anche nel Gherardi era scomparso il canale inguinale; in sua vece erasi formato un sol foro del diametro di quasi due centimetri.

Immaginai perciò un processo che riunisse in sè con maggiore sicurezza i vantaggi di quello di *Bonnet* e di quello di *Mayor* di *Losanna*, e col quale potessero evitarsi i non lievi fenomeni infiammatori che verificai nell' individuo di cui diedi superiormente la storia.

Nel giorno 18 dello stesso mese di Settembre, destinato alla operazione, feci collocare l' infermo, cui erano stati rasi i peli che cuoprivano l' inguine destro ed il pube, supino sopra di un letto. Sollevai colle dita delle mie mani gl' integumenti sovrastanti all' anello inguinale in cui esisteva l' ernia, già da me ridotta, in modo da formare con essi una piega longitudinale assai tesa, della lunghezza di sei centimetri circa, il mezzo della quale corrispondeva all' anello.

Allora ne feci attraversare da un assistente la base da sinistra a destra, alcuni millimetri più in su del suo estremo inferiore, con un ago curvo munito di doppio cordoncino; dopo di che feci passare superiormente a questo altri due aghi simili, distanti ambidue l'uno dall'altro un centimetro e mezzo circa. In seguito, separati fra loro tanto a destra quanto a sinistra i doppi cordoncini, insinuai fra i rispettivi due capi, alquanto allontanati, un cilindretto formato con del cerotto arruotolato, su del quale li annodai tutti strettamente con un cappio, onde comprimere così coi cilindretti strettamente alla sua base la fatta integumentale piega, ed esercitare su di essa, e sulle parti adiacenti e sottostanti, tale compressione ed irritazione che valesse a produrre quel grado d'infiammazione che era indispensabile acciocchè si formassero gli organici tessuti che servire dovevano alla obliterazione dell' apertura inguinale, attraverso cui insinuavansi gl'intestini.

Fatta poi la sutura in tal guisa, non rimaneva intercettato il circolo sanguigno nella piega integumentale, che era quindi garantita dalla mortificazione, la quale ogni qualvolta pure si fosse temuta, poteasi con facilità pervenire rallentando la sutura. Ma nel nostro infermo non fuvvi questo bisogno, la piega integumentale leggermente infiammossi, e perciò, a maggiore sicurezza del buon esito della cura, solamente alla settima giornata dalla fatta operazione si levarono i cordoncini ed i cilindretti che avevano servito alla sutura, poca copia di marcia escì dipoi dalle punture fatte nella cute dagli aghi, le quali dopo altri cinque giorni perfettamente cicatrizzarono.

Esaminato allora l'infermo nei debiti modi, si trovò il foro inguinale così bene obliterato, da non dare più passaggio ai visceri che in addietro lo attraversavano.

Ciò non pertanto, a maggiore sicurezza, prima di dimettere l'infermo stesso dallo Spedale (il che ebbe luogo 25 giorni dopo la subìta operazione, e quando cioè, come risulta dalle

annotazioni fatte dall' egregio signor Dott. *Malaguti* in allora Medico Chirurgo Assistente in detto Spedale, fummo ben certi per reiterate prove dell' ottenuta guarigione) non ommettemmo di munirlo di un cinto, e di consigliarlo a non abbandonarlo; consiglio da inculcarsi sempre a coloro che, mercè cruente operazioni, guarirono dall'ernia, onde garantirli così dalla recidiva con maggiore sicurezza.

Il niun pericolo incontrato dal Gherardi fece sì che poco dopo io tentassi lo stesso processo operatorio in uno dei più distinti Professori della facoltà legale di questa Università.

Egli era ernioso all' inguine destro da molti anni, l'ernia discendendo nello scroto aveva in lui pure dato luogo alla scomparsa del canale inguinale, che erasi convertito in un ampio foro: l'ernia non contenevasi dal cinto. Il Chiarissimo Prof. *Barilli* di cui lamentiamo la perdita, che assisteva l'illustre giureconsulto, temendo per la di lui vita in causa delle frequenti minaccie di strozzamento dell' ernia che in esso avveravansi, lo consigliò di assoggettarsi ad un qualche mezzo di cura radicale. E venuto a di lui cognizione il felice risultato di cui ho fatta parola, incoraggiò il Professore a questa operazione, ed esso stesso, quando io la praticai, vi assistette. L' infermo, sebbene fosse in età alquanto avanzata, niun pericolo per quella incontrò, anzi tale frutto ne ritrasse, da permettergli per alcuni anni ancora l' esercizio della cattedra, senza sentire la più che piccola molestia. Per altro invecchiando vieppiù, l' ernia minacciò di tornare a presentarsi, ma continuando l' uso del cinto potè di poi sempre benissimo contenerla.

Verso la metà del Settembre dell' anno 1839 entrava in Ricovero Luigi Ghermandi, d' anni 39, del Comune di Vidiciatico, e desiderava esso pure d' essere curato d' un' ernia inguinale scrotale destra incontenibile, in causa della quale non poteva dedicarsi alle laboriose fatiche di bracciante. Se non che in quest' infermo conservandosi ancora il canale inguinale, attraverso cui l' intestino insinuavasi, io non avrei potuto

con isperanza valermi del processo or ora descritto, in quanto che, quand'anche con esso avessi ottenuta la obliterazione del foro inguinale esterno pervio rimanendo il corrispondente canale, si sarebbe, egli è vero, tolta con ciò l'ernia scrotale, ma sarebbe rimasta superstite un'ernia intra inguinale, aperto e libero restando l'interno foro ed il canale dell'inguine. Onde che, collo scopo di obliterarlo e di cercare d'ottenere così una guarigione completa mi prefissi di valermi a quest'uopo di un lembo cutaneo, ed ebbi perciò ricorso al processo di *Jameson* di *Baltimora.* Ma, disgraziatamente, il detto lembo si sfacelò, e fu così distrutto quel turacciolo che con esso speravo di potere formare. A questa mancanza la natura altrimenti provvide, giacchè qui pure la infiammazione suscitatasi in seguito dell'operazione, servì da sè sola ad obliterare il canale in modo, che scorse essendo 55 giornate di cura, l'infermo potè escire perfettamente guarito dallo Spedale, non rimanendo, come lasciò notato nella apposita tabella il signor Dott. *Angeli*, Medico Chirurgo Assistente, alcuna traccia dell'ernia.

Particolari motivi costringevano un giovane di 22 anni, di forte costituzione, nativo della Pieve di Cento, a tentare di liberarsi d'un enterocele-inguino-scrotale sinistro incontenibile.

Il Dottor *Cesare Montanari,* in allora Medico Chirurgo condotto in quel paese, aveva fatti alcuni tentativi di cura radicale infruttuosamente. Deciso il giovane di sottoporsi anche ad ardita operazione che desse speranza di buona riescita, mi venne dallo stesso Dott. *Montanari* presentato. L'ernia non era vasta, il canale inguinale non mostravasi di molto allargato. Mi venne per questo in pensiero di attraversarlo con un setone onde dar luogo a quel lavoro infiammatorio che potesse servire ad obliterarlo. Presente quindi quel distinto chirurgo, il giorno 5 Agosto 1846, collocato l'infermo in posizione orizzontale supina, praticai il tassi, ed insinuato l'indice della mia mano sinistra nel canale

inguinale spinsi così, dentro di esso, i sovrastanti integumenti. Arrivato colla punta di quel dito, ricoperta dagli indicati tegumenti, al di là del foro inguinale interno, colla scorta di esso dito attraversai, mediante un ago curvo portante cordone di seta, il cul di sacco formato dagl' integumenti insinuati nel foro inguinale interno dirigendo la punta dell' ago verso la faccia interna della parete addominale corrispondente, colla quale punta l' attraversai, facendola escire nella sovrapposta cute a poche linee di distanza dal bordo sinistro dell' interno orifizio dell' inguine. Escita la punta, estrassi per quella via l' intero ago e ne resi libero il cordoncino, per cui ritirato l' indice che teneva entroflessi nel canale inguinale gl' integumenti, questi tornando al posto naturale ne risultò, che il canale istesso rimase nella sua lunghezza in totalità attraversato dal cordone di cui l' ago era stato munito. Compita in tal modo l' operazione, applicai un' adatta fasciatura. Dopo due giorni si osservò la regione operata, e si trovò quel canale nel suo interno notabilmente indurito per essudati plastici in esso versatisi. Passati altri tre giorni, le due piccole aperture cutanee fatte dall' ago tramandavano alcune goccie di umore puriforme, il canale inguinale era durissimo in ogni suo punto, per cui sperandolo obliterato completamente, estrassi il cordone che lo attraversava. Scorse altre tre giornate, le due descritte punture erano già cicatrizzate, il canale inguinale non aveva perduto nulla della indicata sua consistenza. Pure persuasi l' infermo a rimanere alcuni giorni in letto, scorsi i quali gli permisi d' alzarsi. E sebbene anche a lui per precauzione si consigliasse l' uso del cinto, non diede egli però ascolto ai miei suggerimenti e, ad onta di questo, non fu punito della sua imprudenza, la guarigione dell' ernia fu stabile. Il che ho potuto constatare nove anni dopo trovandomi in Pieve, ove il mio operato continuava a dimorare. Allorchè lo rividi, il canale inguinale operato conservava quella forte e marcatissima durezza di cui ho parlato.

Un esito non meno fortunato, così operando, ottenni pure in Pietro Selmi di Corticella, d' anni 27, affetto da ernia inguinale sinistra obliqua esterna incontenibile da qualsiasi cinto il più appropriato, in causa dell' insoffribile dolore che per mezzo suo destavasi. L' operazione fu eseguita il 13 Agosto 1858, e dopo 14 giorni la guarigione era completa, e così si mantenne.

Non fui però altrettanto felice in una donna sessagenaria operata in Ricovero, affetta da ernia inguinale labiale non contenibile, e nella quale misi alla prova questo stesso processo. In causa dell' età avanzata dell' inferma difettando in essa la forza plastica, la presenza del setone non diede luogo ad essudati di linfa così copiosi, che valessero ad obliterare il canale ove esisteva l' ernia.

Essendo in ciò fallite le mie speranze, che a dir vero non furono molte avuto riguardo all' età cui era giunta la donna, non producendo in essa il setone sconcerto alcuno, volli tentare di lasciarlo in sito alquanto tempo, onde vedere se almeno più lentamente si fossero ottenuti quei lavori di riparazione che potevano servire ad obliterare l' ernioso canale. Ma non valse un mese di aspettazione ed anche più, il desiderato esito non si ottenne.

Anche in questo caso però non fu inutile l' operazione, giacchè un semplice riparo fu poi sufficiente a contenere quell' ernia.

Ai fatti ora narrati potrei aggiungerne uno del tutto nuovo, di questo però credo torni più acconcio il parlarne nella seguente memoria, e mentre mi asterrò pure dal descrivere alcuni casi di radicali guarigioni d' ernie scrotali ottenute mediante il metodo della incisione, perchè intorno i medesimi non potrei dire cose meritevoli di rimarco, non voglio per altro omettere d' esporne uno a mio avviso ben interessante, la storia del quale venne già pubblicata nel Raccoglitore Medico di Fano (1853) dal Chiarissimo Dottor *Federico Romei.*

Il sig. N. N., della città di F . . ., di anni 21 circa, di condizione possidente, di temperamento sanguigno, di ottima costituzione e derivazione, trascorse felicemente l'età infantile, ed il principio dell'adolescenza fino all'anno 1846 (quindicesimo dell'età sua), epoca in cui contrasse una lieve blennorragia, che, con razionale metodo curata, in breve tempo fu potuta vincere. Nel mese di Settembre dell'anno successivo senza causa cognita, il suo testicolo destro fu preso da una leggiera infiammazione, la quale non apportandogli un notabile incomodo fu dal medesimo quasi totalmente trascurata: passati alcuni giorni l'orchite si risolse, ma fu sorpreso nell'osservare che il suo scroto da quel lato era restato di molto più voluminoso del lato opposto; la quale tumefazione gli sembrò essere prodotta da un tumore molle, pastoso, ondeggiante in qualche punto ed indolente, che nascondeva alle sue diligenti indagini il testicolo, che egli facilmente rinveniva in antecedenza a preferenza del sinistro, poichè era (com' Egli si esprime) di un volume un poco maggiore. Agitato da tale fenomeno nei primi giorni, in seguito si tranquillizzò, giacchè oltre a non arrecargli il più che lieve incomodo, non gl' impediva d'assoggettarsi alle più disastrose fatiche e lunghi viaggi. In tale stato apparente della più florida salute continuò Egli ad adempire i propri ufficii, senza accorgersi di notabili cambiamenti nel volume del tumore.

Dimorando nel 1849, per alcune sue particolari circostanze, in Grecia, gli venne il pensiero di intraprendere un corso di bagni marittimi, al quale senza indugio diede principio: ma un giorno mentre si trovava nel bagno la di cui temperatura era minore del consueto, fu preso istantaneamente da un fortissimo dolore allo stomaco e da nausea, motivo per cui fu costretto escire dal bagno, maravigliandosi di non più trovare nella parte inferiore dello scroto la detta massa, ma il solo testicolo: tormentato da tali disturbi gastrici, si fece trasportare mediante apposita gondola alla riva, e dopo breve, ma stentato cammino i detti fenomeni morbosi sparirono colla ricomparsa del tumore nella indicata regione dello scroto. Stimando però essere tali disturbi stati prodotti da cibi insalubri che nella mattina aveva mangiati, non ne fece alcun conto, e si portò di nuovo nel giorno susseguente a fare il solito bagno, che felicemente potè compiere, siccome un terzo e un quarto nei giorni susseguenti. Ma però in altro giorno trovandosi l'acqua ad una temperatura più bassa, fu tormentato dagli stessi incomodi della prima volta, accompagnati dalla parziale scomparsa del tumore nello scroto, i quali pure breve ora passata si dileguarono, facendo di nuovo il tumore nella borsa piena mostra di sè; anche per una terza volta trovandosi nelle stesse circostanze in riguardo alla temperatura dell'acqua, i detti incomodi si ripeterono, e fu in

allora che, giudicando essere i bagni per lui nocivi, li tralasciò, assicurando di avere in seguito, per il lasso di molti mesi, goduto ottima salute.

Nei primi dell' anno 1850, trovandosi in Osimo, osservò che se si poneva nella posizione orizzontale in modo che il bacino fosse più rialzato del resto del tronco la tumidezza dello scroto risaliva verso l'inguine, generandosi quasi all' istante il male allo stomaco, accompagnato da insoliti fortissimi dolori ad ambo gl'ipocondrii, i quali dolori lo cruciavano a tal segno da costringerlo a togliersi dal letto onde trovare una qualche tregua al suo male; la quale otteneva camminando, favorendo così la nuova discesa del tumore nella parte bassa dello scroto. Rinnovatisi in seguito parecchie volte gli stessi fenomeni, appena Egli si collocava nella indicata posizione, fu per questo costretto di abbandonarla totalmente onde evitarli: nell'autunno però dell'anno 1851 una notte fu preso da scosse e sussulti tendinei che, in prima rari e di poi frequenti, gl' impedirono di continuare il sonno, i quali in seguito cessati, si ripristinò la solita calma. Non mancò questo leggiero incomodo a presentarsi di poi quasi in ogni notte fino al Febbraio del 1852 in cui pure una volta i sussulti tendinei si fecero molto spessi e gagliardi, accompagnati da un senso di freddo alle estremità inferiori, da peso e dolore allo stomaco, da nausea, da dolore alla regione lombare ed alla regione occipitale, da dispnea e da vertigini: dai quali tutti incomodi sperando di liberarsi siccome per il consueto, mediante la sua discesa del letto, balzò dal medesimo, ma non trovando con ciò la desiderata calma, fece ricorso ad un medico, il quale ignaro della malattia locale, cercò di ammansare i sintomi nervosi mediante l' amministrazione di calmanti terapeutici, dietro i quali sussidi l' infermo incominciò ad avere una qualche tregua, restandogli però per alcuni giorni consecutivi un generale malessere specialmente allo stomaco; non mancarono quindi tutti questi mali a ripetersi in seguito per alcune notti, i quali furono dal detto medico curati e con i soliti calmanti, e con emetici, e con salassi, senza ottenerne un deciso miglioramento: motivo per cui, stanco il paziente di queste cure, si limitò a fare uso di quei sedativi che potevano procurargli almeno una precaria calma. Scorso non molto tempo per altro, ai predetti incomodi si aggiunse un insolito palpito di cuore che, di molto cruciandolo, di nuovo lo spinse a ricorrere ad altro medico, celando anche a questo la tumidezza dello scroto. Dopo esami protratti, dubitò il medico trattarsi di un' aneurisma alla regione dei precordi, per cui gli prescrisse una adattata cura, dalla quale non ottenendo giovamento alcuno, fu dal malato dopo parecchi mesi licenziato. Sperando poi che l' aria nativa fosse per lui di giovamento, si risolvette di ritornare alla sua patria, dove fu pure preso

per alcune notti dal solito male. In questa circostanza consultò un distinto medico di quella città, al quale manifestati gl' incomodi nervosi. che per solito nella notte gli sopraggiungevano, giudicò la malattia che affliggeva il nominato giovane una neuropatia spinale, per cui lo consigliò a fare un corso di bagni marittimi. Credendo il giovane di potere ricavare dai medesimi in questa circostanza quei vantaggi che non aveva per lo addietro ottenuti, di buon animo vi si sottopose: ma sorgendo in lui gli stessi fenomeni cui altra volta fu soggetto, ne avvertì il detto medico curante, al quale più non occultò la malattia che presentava allo scroto, ed i cangiamenti cui andava soggetta. Dopo accurati esami, il detto Dottore dubitò che la gonfiezza nello scroto fosse costituita da un' ernia, fu tenuto un consulto, in seguito del quale parve si dovesse piuttosto ritenere che l' indicata gonfiezza fosse prodotta da un Idrocele della vaginale.

Consigliati nuovi mezzi curativi onde porre in calma il nervoso sistema, il giovane per alcuni mesi non fu fortemente tormentato, e ciò specialmente, perchè non ommise in questo lasso di tempo di evitare di collocarsi in letto in quella posizione che determinava lo sviluppo dei penosi ricordati fenomeni.

Essendo giunto il tempo in che doveva Egli recarsi in Bologna per apprendere in questa Università le scienze matematiche, fu consigliato di sentire il parere del Prof. Francesco Rizzoli,

E diffatti pervenuto in Bologna, al nominato Professore si recò, e dopo avere ad Esso narrata la storia de' suoi mali, gli mostrò la parte affetta, che da me pure veduta, si presentava coi seguenti caratteri: la metà destra dello scroto era quasi totalmente ripiena da un tumore della grandezza di un pugno, di figura piriforme, la di cui grossa estremità riposava nel suo fondo, e la ristretta, ossia il peduncolo, si portava in alto seguendo la direzione del funicolo spermatico, e si insinuava nel canale inguinale. La pelle che lo ricuopriva era senza cangiamento di colore e nello stato fisiologico: applicate le mani sul tumore ed esercitate leggiere laterali pressioni, sentivasi in quasi tutta la sua superficie una certa pastosità, mollezza ed ineguaglianza, non che in alcuni punti una oscura fluttuazione, senza arrecare con tali manovre la più che lieve sensazione dolorosa; il testicolo si nascondeva alle più scrupolose indagini, se si eccettui posteriormente. Esercitate alcune più gagliarde pressioni sul tumore di basso in alto, e dall' interno all' esterno in modo da tentare di spingerlo nella cavità dell' abdome per l' apertura inguinale, si sentiva cedere sotto le dita e vedevasi insinuare nel canale inguinale; ma in questo arrestavasi, assumendo la forma di un tumore cilindrico, immobile sotto le pressioni, dalle quali bisognava desistere per l' opposizione dell' infermo, giacchè di

mano in mano che la tumidezza s'insinuava e distendeva le pareti di detto canale, sorgevano in lui le solite insoffribili molestie, le quali però finivano quando (cessate le pressioni) l'infermo si poneva ritto ed eseguiva un qualche sforzo, mediante il quale si vedeva di nuovo discendere il tumore a gradi a gradi nello scroto, ed andare a raggiungere il testicolo che era rimasto visibile nella borsa.

Fatto tossire l'infermo, essendo il tumore nello scroto, ed applicate le dita di contro l'apertura inguinale inferiore, non veniva percepito alcun impulso viscerale, se si eccettui che al Professore sembrò una volta constatarlo.

Avendo questo tumore dei caratteri svariati, vale a dire alcuni propri all'idrocele, ed altri che punto non gli appartengono, fu per questo che Egli non trascurò quanto occorrere poteva onde stabilirne la diagnosi.

Erano indizii favorevoli per l'idrocele della vaginale del testicolo il non essere il tumore impressionato dagli sforzi, la parziale fluttuazione, la sua mollezza, la sua figura, lo stato latente del testicolo ed il rapido aumento del tumore dopo la pregressa infiammazione del testicolo; ma la mancanza della trasparenza, della fluttuazione nella totalità del tumore, il non essere libero il cordone spermatico nemmeno in prossimità dell'apertura inguinale inferiore, e la sensazione che percepivasi mediante il tatto di una superficie ineguale e pastosa, erano tali circostanze che facevano porre in molto dubbio la esistenza di un semplice idrocele. Era egli forse un idrocele congenito, era egli possibile che nella vaginale si fosse raccolta della sierosità, e che esistendo una comunicazione in questo caso fra la vaginale e la cavità del bassoventre, il liquido potesse penetrarvi? Ciò non sembrava potersi ammettere, giacchè oltre alle circostanze dette che escludevano la presenza di un puro idrocele, vi si aggiungeva l'arrestarsi del tumore nel canale inguinale, e il non ritornare subito a far mostra di sè a gradi dalla parte inferiore dello scroto verso la superiore, libera dalla pressione lasciando l'apertura inguinale inferiore. Escludevasi pure l'idrocele cistico del cordone, per la mancanza della trasparenza e della connessione fra il tumore e il funicolo, per non essere circoscritto, teso e resistente in tutta la sua estensione, per lo stato latente del testicolo, non che per gli altri caratteri che di sopra ho accennati. Se con qualche facilità escludevasi l'idrocele cistico del cordone spermatico, non era così dell'idrocele diffuso di detto funicolo, che a prima vista e con qualche fondamento si sarebbe potuto sospettare. Ed invero la figura che presentava detto tumore, la sua mollezza e flessibilità accompagnata da un certo grado di elasticità, la parziale ed oscura fluttuazione, la sua insensibilità, il diminuire sotto una leggiera pressione ecc. erano tanti segni che facevano dubitare tale

specie di idrocele. Ma se questi segni potevano far credere la sua esistenza, altri però la escludevano.

La base dell'idrocele diffuso, per vasto ed inveterato che sia, si limita costantemente al punto di inserzione dei vasi spermatici nel testicolo, o tutto al più una piccola porzione della medesima base pende giù per breve tratto sul testicolo, il quale resta apparente al dissotto della tumefazione; questa circostanza però non verificavasi nel caso presente. Se il testicolo scorgevasi nella borsa quando il tumore veniva respinto nel canale inguinale, esso testicolo però si rinveniva aderente al suo fondo e paralello al congenere, ma non elevato e con retrazione della borsa, siccome sarebbe dovuto accadere in tale esperimento; ed il cordone spermatico, che in questa circostanza soltanto faceva mostra di sè, non si riscontrava più grosso dell' ordinario, siccome sarebbe dovuto essere nel caso di idrocele diffuso, anche quando molta parte del liquido in esso contenuto svanisse. Ed infine il modo di insinuarsi di detto tumore nel canale inguinale quasi in massa, l'arrestarsi in questo, il non ricomparire allo scroto cessata la pressione, con quella facilità che si deve alla presenza di un liquido ecc., erano validissime prove che conducevano ad escludere una tale specie di morbosità.

Per essere il tumore pastoso e molle, per estendersi entro il canale inguinale, per la sua forma, per diminuire nella posizione orizzontale e sotto una pressione potrebbe essere stato confuso con un cirsocele: ed in tale dubbiezza particolarmente sarebbe dovuto entrare il Rizzoli avendo avuto sotto le sue cure poco prima un giovane affetto da cirsocele, nel quale si verificavano molti dei fenomeni generali che osservavansi nell' infermo di cui ho fin qui tenuto parola.

Era quel giovane nativo di Modena, contava 22 anni circa, avea un voluminoso cirsocele dal sinistro lato accompagnato appunto da tali insoffribili incomodi, specialmente alla regione dei precordi e del capo, da spingerlo alcune volte ad abborrire quasi la sua esistenza. Non aveva però egli mancato di ricercare i soccorsi dell' arte salutare consultando molti distintissimi chirurghi specialmente della Lombardia, e della Città di Torino, dai quali venivagli unanimemente proposta la semicastrazione onde liberarsi da sì penoso morbo. Essendogli però quanto mai può dirsi spiacevole il perdere una parte sì nobile del suo corpo, fu questa la cagione che prima di decidersi a tale estremo volle ricercare il sentimento di altri chirurghi, fra i quali il suddetto Prof. Rizzoli da cui poi ottenne quel bene che ardentemente bramava. Egli diffatti potè salvargli il testicolo operandolo nel modo seguente: escise tutte le vene varicose spermatiche per il tratto circa di due pollici, lasciando intatte le due arterie ed il condotto deferente, e così non recando offesa al testicolo, non

rimase sospesa la sua funzione prolifica. Il che ha potuto in seguito il Rizzoli confermare essendone stato assicurato dal giovane istesso (1).

Se le circostanze di sopra indicate dovevan essere molto valutate dal Professore, la mancanza però di molti dei segni, che dire si possono patognomonici del cirsocele, lo inducevano nel caso nostro ad escludere affatto la sua esistenza. E di vero il non accrescere la tumidezza di volume sotto la tosse nella posizione verticale del tronco, la mancanza di quella sensazione particolare al tatto di corde, di nodosità, di circonvoluzione vermiformi proprie della dilatazione varicosa, la non manifesta presenza del testicolo, il non ricomparire il tumore nello scroto allora quando veniva introdotto nel canale inguinale, e non chiudevasi ermeticamente di questo l'apertura inferiore, ma lasciavasi soltanto un leggiero spiraglio capace a fare escire un fluido, erano tutti dati che allontanavano il sospetto di cirsocele.

Escludevasi pure evidentemente qualunque affezione tanto omologa, che eterologa propria del testicolo, giacchè questo rinvenivasi nello stato fisiologico quando dallo scroto il nominato tumore si discacciava.

Era molto dubbia l'esistenza di un enterocele per la mancanza di quella sensazione che si riceve mediante il tatto, propria dell'ernia intestinale, e per non essere mai stato il giovane preso da quei fenomeni

(1) Se la gravezza di questo caso indusse il Rizzoli a ricorrere alla indicata operazione, in generale però e quando la semplice agopuntura eseguita nel modo da lui proposto e resa nota fino dall'anno 1844 (1) mostrasi insufficiente, preferisce allora il seguente operatorio processo. Tenuto l'infermo in posizione supina, rinvenuto e fatto allontanare da un assistente il condotto deferente, con alcune sue dita della mano sinistra abbraccia il fascio venoso del funicolo varicoso immediatamente al disopra del testicolo, e quivi passa sotto a quel fascio varicoso un grosso spillo da sutura attorcigliata, sul quale gira un cordoncino nel modo stesso che praticasi nel compiere questa sutura. Indi passa colle medesime norme un altro spillo al di sotto dello stesso fascio varicoso in alto ed in prossimità dello esterno foro inguinale, ed attornia anche questo spillo con un cordoncino nel modo ricordato. In simile maniera nelle vene varicose viene tanto inferiormente quanto superiormente intercettato il corso del sangue, le medesime leggermente si infiammano si induriscono e si obliterano. Se questo modo di agopressura non fosse tollerato si rallenta la legatura. D'ordinario bastano tre o quattro giorni per ottenere la obliterazione stabile delle vene spermatiche varicose, per cui allora si ponno levare del tutto gli spilli ed i cordoncini.

(1) *Rendiconto dell'Accademia delle Scienze 1843, 44 Novi Commentarii Academiae Scientiarum Instituti Bononiensis 1847.*

che tale specie di ernia suole il più spesso generare, quantunque l' infermo non solamente avesse sempre abbandonato a sè il detto tumore, ma anzi si fosse esposto per alcuni anni alle più disastrose fatiche e a lunghi viaggi. Se l'infermo fu affetto da alcuni disordini gastro-enterici, questi si presentavano quando il tumore dallo scroto scompariva, la qual cosa è l'inverso di quanto accade nell'ernia intestinale: tali e molte altre considerazioni che si possono ricavare da ciò che ho detto antecedentemente, escludere facevano quindi essere quel tumore costituito da un enterocele.

Di qual natura era adunque esso tumore? Riandando il Professore l'anamnestico potè dichiarare trattarsi probabilmente di ernia omentale congenita; ed in tale pensamento Egli veniva dapprima indotto, richiamando nella sua mente due casi consimili che gli si presentarono nella sua pratica, nei quali l'ernia epiploica scrotale congenita, fattasi ipertrofica, cagionava la maggior parte dei fenomeni che nel caso presente venivano osservati. Supposto ciò, Egli si faceva ragione di molti dei fenomeni che detto tumore presentava. E difatti il Sig. N. N. asseriva avere sempre avuto il testicolo destro un poco più grosso del sinistro, e forse ciò dipendeva da una porzione di omento che concorreva a rendere quella regione più tumida; giacchè quando il tumore dallo scroto si discacciava, il testicolo che restava nel suo fondo non si rinveniva di un volume maggiore del sinistro. La sensazione oscura della fluttuazione si spiegava per la presenza di un liquido somministrato dalla scierosa addominale, che ivi si portava per la comunicazione della vaginale con quella cavità: ed invero quando il tumore veniva compresso in modo da spingerlo nel canale inguinale, esso diminuiva di volume, e mancava la fluttuazione, le quali cose non si sarebbero potute altrimenti spiegare se non se ammettendo una comunicazione fra la vaginale e la cavità peritoneale.

Il rapido sviluppo del tumore sarà stato forse prodotto dalla presenza di una maggiore quantità di liquido, alla genesi del quale avrà concorso la vaginale, in causa forse di avere essa vaginale partecipato di quella infiammazione della quale fu affetta la sostanza parenchimatosa del testicolo. Il senso di stiramento allo stomaco che ad intervalli sentiva l'infermo, specialmente dopo essersi cibato, era anch'esso un segno di epiplocele, considerando quali intimi rapporti anatomici esistono fra l'omento gastro-colico e la grande curvatura del ventricolo; ed infine la pastosità, la mollezza, l'ineguaglianza che riscontravasi in detto tumore erano tanti indizi di ernia omentale. Essendo un epiplocele, perchè mediante il taxis non rientrava nell'abdome, ma solo s'insinuava nel canale inguinale ed in questo arrestavasi assumendo la forma descritta? Spiegavasi questo fenomeno mediante una

qualche aderenza che si fosse formata in detto canale fra le sue pareti, il sacco, e l'epiploon, la quale apportasse un impedimento alla sua rientrata nella cavità peritoneale; al che pur concorrere potea l'essere forse quella porzione di omento divenuta ipertrofica. Ed in verità, come il liquido contenuto nel tumore spariva sotto le pressioni, anche il supposto omento si sarebbe dovuto ridurre se non fosse stato aderente. Ammesso ciò era forse il Professore dell'opinione di quei medici che consideravano i sintomi nervosi che di quando in quando cruciavano l'infermo siccome indipendenti dalla locale affezione? No: perchè considerando razionalmente la loro forma aveansi forti ragioni da crederli dipendenti: e difatti se fossero stati indipendenti si sarebbero manifestati tanto quando il tumore era nello scroto, come quando si trovava nel canale, non però allorachè soltanto in quest'ultimo si rinveniva. Ed in quanto alla loro origine, la richiamava dalla irritazione portata dalla massa epiploica, allorchè veniva respinta nel canale inguinale, su i nervi ileo-scrotali, ed in parte anche su i nervi spermatici, resi questi forse più sensibili dalla orchite pregressa, e sui nervi omentali probabilmente divenuti ipertrofici, la quale irritazione, trasportata dai filamenti sensori all'asse nervoso-spinale, veniva quindi da questo reflessa su quelle parti nelle quali le funzioni fisiologiche si presentavano disordinate.

Diagnosticata perciò la malattia del nominato infermo siccome un' ernia epiploica scrotale congenita ipertrofica, ed aderente all'origine del canale inguinale, complicata ad Idrocele della stessa tunica vaginale, si ritenne quindi che il miglior partito il quale rimaneva a prendersi onde liberare l'infermo da tanti mali consistesse nell'erniotomia, colla quale operazione il Rizzoli si proponeva di guarire l'idrocele della vaginale, e di ridurre l'omento nella cavità peritoneale, distaccandone se fosse possibile le aderenze, oppure nel caso che tali aderenze non si fossero potute togliere, di esciderlo più indentro del canale inguinale che fosse stato possibile in corrispondenza delle medesime. Che se pure con tale processo operatorio non avesse ottenuta, come sperava, la guarigione radicale dell'ernia, ad onta di ciò riteneva che l'infermo non sarebbe stato più soggetto ai mali di prima, in quanto che applicando un cinto l'ernia si sarebbe mantenuta ridotta, e niun danno ne sarebbe derivato dalla pressione esercitata all'inguine dal cinto stesso; giacchè forti pressioni fatte dal Rizzoli sull'indicata regione prima di passare all'operazione, senza molestia alcuna erano tollerate dall'infermo. Dietro tali riflessioni perciò al suddetto la propose, che senza indugio l'abbracciò, e dal nominato Professore fu eseguita il 1. Gennaio 1853, nel modo segnente. Situato il malato in prossimità del margine destro del suo letto colle coscie e gambe leggiermente flesse e col tronco alquanto inclinato sulle coscie, in modo da costituire

un angolo quasi retto (posizione richiesta dalla necessità per ciò che di sopra ho detto), l'operatore afferrò con la sua mano sinistra l'estremità superiore del tumore in modo da tendere la pelle, mentre un assistente ne abbracciava l'estremo inferiore onde renderlo più protuberante: fatto ciò, col bisturino convesso ed a mano sospesa, divise la pelle dirigendo l'incisione nella direzione longitudinale e paralella al gran diametro del tumore, e la prolungò per circa tre pollici, incominciandola in corrispondenza dell'apertura inguinale inferiore; in seguito in eguale modo incise il dartos, la tunica fibrosa, il cremastere, la vaginale comune data dalla fascia trasversa di Astley Cooper, incisa la quale vide trasparire la massa epiploica attraverso una finissima membrana, che a prima vista riconobbe per membrana sierosa, la quale aperta che fu, immediatamente insinuossi fra i labbri della ferita l'omento, il quale, dopo avere dilatata la ferita nei suoi angoli superiore ed inferiore, cautamente estrasse, lo dispiegò onde assicurarsi dell'assenza di anse intestinali, dando contemporaneamente esito a circa oncie due di umore sieroso che trovavasi raccolto in quella cavità, che verificò essere quello della vaginale per la presenza del testicolo: introdusse quindi il suo dito nel canale inguinale, mediante il quale potè constatare forti aderenze dell'omento nella sua parete anteriore; tale preveduta circostanza unita alla sua ipertrofia impedendogli di poterlo introdurre nell'abdome, ne lo costrinse ad esciderlo nell'interno di detto canale, previa la precedente ampia incisione del suo orificio inferiore e corrispondente parete anteriore, allacciando quindi separatamente i vasi che davano sangue arterioso. Introdusse in seguito uno stuello di fila nel canale inguinale, non che altre nel sacco erniario, il tutto sostenendo con adattate compresse, e fasciatura leggiermente compressiva. Nel tempo dell'operazione il paziente fu tollerantissimo, ma in seguito sviluppatisi dei dolori piuttosto forti nella regione inguinale, vennero questi calmati mediante l'epicratica amministrazione di una pozione laudanizzata.

Nel resto della giornata fu bastantemente tranquillo.

Alle ore 10 della sera lieve accesso di freddo susseguito da caldo, non che da un dolore bruciante che partendosi dal canale inguinale si diffondeva a tutta la parte operata: in tale stato passò la notte e parte del giorno susseguente fino alle ore 11 antimeridiane, in cui visitato dal Professor Rizzoli stimò conveniente di togliere l'apparecchio, e di sostituirvi una medicatura umida; con che l'infermo rimase subito sollevato, potendo nello stesso tempo incominciare a decombere in una posizione quasi orizzontale senza il più che piccolo incomodo; il che, come si è detto, da lunghissimo tempo non poteva effettuare. Le prescrizioni date in quella mattina si restrinsero a un po' di olio di ricino,

che fu ripetuto ad un' ora pomeridiana non essendosi ottenuta alcuna alvina evacuazione dalla prima dose.

Alle 7 della sera dello stesso giorno venne fatto un clistere per coadiuvare l' azione del purgante: la febbre che continuava era ad un grado molto mite; il paziente non accusava che un qualche dolore alla parte operata.

Nella notte che fu bastantemente placida fu ripetuta la stessa dose di olio di ricino perchè ancora non erasi ottenuto l'effetto desiderato dalle prime dosi, vale a dire la purgazione.

Alle 9 pomeridiane del giorno terzo il malato trovavasi molto sollevato, la febbre quasi cessata, i dolori ad un grado mitissimo; nella parte operata le fila trovaronsi bagnate da un umore sieroso: furono lasciate in sito ricuoprendo il tutto con il solito cataplasma ammolliente, e siccome persisteva la costipazione alvina così fu prescritta una dose più forte d' olio di ricino.

Ad 1. ora pomeridiana circa si ebbe una scarica alvina. Alle 6 della sera fu trovato in preda ad un malessere generale con faccia accesa, dolore al capo, tenesmo all' ano, aumento di febbre, polsi duri, resistenti, contratti; per cui dal Professore fu prescritto un salasso non che un clistere ammolliente per ragione del tenesmo; nella località non vi era alcun che di particolare.

Nel giorno quarto trovavasi l'infermo sempre più sollevato, e con animo quieto: nella notte aveva avute due abbondanti deiezioni dall' alvo, non che qualche ora di sonno placido; la febbre era diminuita: così dicasi del male al capo. Nella località marcata tumefazione al testicolo, e leggiere traccie di mortificazione nei labbri della ferita: si proseguì nella stessa medicatura: il rimanente della giornata la passò sufficientemente bene.

Il quinto giorno era quasi in una perfetta calma; nella notte però fu tormentato da tenesmo all' ano, e siccome non erasi più ottenuta alvina evacuazione, così fu prescritta la mannite. L' umore sieroso emesso dalla ferita era più denso, e la medicatura consistette in fila spalmate con la pomata di semifreddi e nel solito cataplasma: verso sera venne fatto un clistere stimolante, tardando l'azione della mannite: nella notte l'infermo fu molto agitato da dolori addominali; gli furono perciò ripetuti due clisteri, ma senza effetto.

Nella mattina del giorno sesto ancora continuavano i dolori addominali complicati a tormini e meteorismo: fu prescritto l' olio di ricino, persistendo la costipazione alvina. La mortificazione nella piaga era di molto aumentata e si estendeva a tutta la sua esterna superficie: si continuò nella stessa medicatura.

Nel resto della giornata si ripeterono ad intervalli i soliti dolori addominali: alle ore 10 circa della sera ebbesi un'abbondantissima evacuazione dall'alvo favorita dall'iniezione d'altro clistere stimolante: altra evacuazione si ripetè nella notte, e fu questa dal medesimo passata con un generale malessere.

Il giorno settimo trovavasi bastantemente quieto, e siccome lagnavasi di un senso di acidità allo stomaco, così fu prescritto l'uso interno di piccole dosi di sotto-carbonato di magnesia da ripetersi nella giornata ogni due ore: nella località s'incominciava ad osservare la separazione della mortificazione, e vedevasi acquistare l'umore emanato dalla piaga alcuno dei caratteri del pus.

Il giorno ottavo il malato stava bene, se si eccettui un qualche dolore lancinante che di quando in quando si presentava nel destro testicolo. La eliminazione della mortificazione continuava, ed il pus sempre più acquistava i caratteri di buona marcia: in questo giorno non fu ritrovato dal Professore il suo operato nel decubito orizzontale, siccome nei giorni antecedenti, ma col bacino più elevato del resto del tronco (posizione determinata dalla cattiva forma che aveva acquistato il letto) senza però che ne risentisse il più che lieve malore.

Il giorno undecimo fu nella notte preso da fieri dolori addominali con tormini, i quali cessarono del tutto colla somministrazione di un clistere stimolante, che ebbe per effetto di scaricare l'alvo; proseguì l'infermo a prendere le solite dosi di magnesia: nella località tutto camminava bene.

Il decimoterzo giorno la mortificazione era quasi affatto distaccata, ed il pus aveva acquistato la maggior parte dei caratteri di buona marcia; la tumefazione era di molto diminuita.

Circa le 11 antimeridiane fu preso dai soliti dolori addominali con tormini e meteorismo; fu iniettato un clistere stimolante.

Circa le 2 pomeridiane ebbersi lievi accessi di freddo i quali continuarono fino alle 5 pomeridiane: fuvvi aumento di dolore alla regione operata, diminuzione nella quantità del pus, minaccia di flemmone a tutta la parte operata.

Alle ore 8 altro accesso di freddo; fu ripetuto il clistere, e si ottenne un'abbondante deiezione.

Alle 10 aumentò la febbre ed il dolore al capo.

Alle 12 forte accesso di freddo, che persistette circa due ore, susseguito da calore generale: la notte fu poi molto inquieta.

Nella mattina del giorno decimoquarto tanto il male al capo che la febbre erano di molto diminuiti: osservavasi nella località lo sviluppo ulteriore della tumefazione flemmonosa: nel restante della giornata si ripeterono due accessi di freddo ed il paziente ebbe sempre tendenza al sopore.

Alle 7 della sera dolore fortissimo al capo, aumento di febbre, non che violentissimo accesso di dispnea: fu prescritto un salasso dal quale ebbe notabile calma; alle 10 della stessa sera era cessata del tutto la dispnea e la notte la passò lodevolmente bene.

La mattina del giorno decimoquinto fu trovato in quiete, scomparso il dolore al capo, la febbre di molto diminuita, ebbe generale sudore il quale si era ripetuto anche nella notte: nella località grande copia di pus bagnava l'apparecchio per la rottura spontanea accaduta nella notte dell'ascesso flemmonoso sopra vaginale, la quale apertura si era fatta nella parte media ed in prossimità del labbro interno della piaga, ed era circondata da una leggiera traccia di mortificazione.

Il decimottavo giorno il paziente si trovava bene: la mortificazione del tutto distaccata.

Il vigesimoprimo giorno completa organizzazione delle granulazioni: si distaccarono alcuni fili che avevano servito per la legatura delle arterie: fu amministrato l' olio di ricino preparato ad alcool, perchè era due giorni che non si erano più ottenute alvine deiezioni.

Il vigesimoquinto giorno preseguiva il malato nel solito felice stato: la superficie della piaga incominciava a restringersi; ebbesi la caduta spontanea di tutti i lacci che avevano servito ad obliterare le arterie epiploiche.

Il trentesimo terzo giorno alla medicatura umida ne fu sostituita una secca; e siccome dalla superficie della piaga s' innalzavano delle vegetazioni fungose al disopra del livello della cute, furono queste distrutte col cannello di nitrato d'argento; di già nei labbri della piaga s'incominciavano ad osservare le traccie della cicatrizzazione.

Il quarantesimoprimo giorno la superficie della piaga era diminuita quasi di due terzi: in tale giornata il Professore vieppiù si assicurò della totale avvenuta obliterazione del canale inguinale, avendo assoggettato il suo operato a quelle manovre che la pratica-chirurgica a tal uopo insegna. Ad onta però della ottenuta guarigione radicale dell' ernia, il giorno quarantesimo terzo fu dal Rizzoli applicato un cinto a molla con la vista di convalidare sempre più le avvenute nuove aderenze in detto canale, e preservare il paziente nello stesso tempo da qualsiasi sinistro accidente, che in seguito fosse potuto accadere; il quale cinto non arrecò il più che piccolo incomodo.

Il giorno cinquantesimoprimo trovavasi l'infermo perfettamente guarito: di modo che da uno stato il più compassionevole persistente per più di un lustro, da questo giorno in poi gli veniva concesso di novellamente fruire di quella salute che è per l' uomo un dono cotanto caro, quanto desiato.

DELLA

CHELOTOMIA

NELL' ERNIA SCROTALE STRANGOLATA DEL CIECO INTESTINO

E

DEL TRATTAMENTO CHIRURGICO

DI ALCUNE ERNIE INGUINALI CONGENITE

ASSOCIATE NEL MASCHIO ALLA PRESENZA DEL TESTICOLO

ED A QUELLA DELLE APPENDICI UTERINE

NELLA FEMMINA

Ad onta che l' anatomia Patologica di quella specie particolare di ernia scrotale che è formata dal cieco intestino abbia fatti rilevanti progressi mercè le indagini singolarmente di un insigne chirurgo italiano lo *Scarpa*, ciò nullameno i seguaci dell' arte salutare non si sono dei medesimi debitamente approfittati per ridurre il cieco intestino in quei casi nei quali essendo costretti di praticare l' erniotomia hanno rinvenuto esso cieco colla sua parte priva di peritoneo aderente ai tessuti circonvicini. In prova di che basti il citare fra i moderni il *Nélaton*, il quale così si esprime: „ Lorsque la partie herniée sera mise à nu on élargira par une incision l' ouverture abdominale, e l' on réduira si les adhérence ne s' y opposent pas. Dans le cas contraire, le coecum sera laisse an dehors (1) „.

(1) Élémons de Pathologia chirurgicale, Paris 1857.

E giacchè appunto fatta conveniente attenzione al modo con cui quest'ernia si sviluppa, ed alla maniera colla quale sono disposte le diverse parti che concorrono a formare l'ernioso tumore, ho potuto convincermi riescire assai facile, anche quando l'intestino ha contratte le indicate aderenze, l'eseguire simile operazione in modo da potere riporre l'intestino nel ventre, e lo evitare perciò tutti quei rischi che lasciandolo fuori possono susseguirne, mi determino ora a tornare su questo argomento intorno al quale trattenni l'Accademia delle Scienze molti anni or sono (1).

Il cieco intestino è situato nella fossa iliaca destra ove colla sua faccia posteriore inferiore, nella generalità dei casi priva del peritoneo, si trova in rapporto immediato col soffice tessuto celluloso della fossa istessa. Alla di lui parete anteriore invece, è aderente la lamina posteriore del sacco peritoneale la quale dirigendosi poi a destra ed a sinistra, si attacca all'interno col muscolo psoas, all'esterno col fianco e col corrispondente muscolo iliaco sul quale anzi estesamente si espande. E siccome in causa di tale anatomica disposizione di parti il cieco intestino è nella sua faccia anteriore ed ai lati rinforzato e fortemente sostenuto dal peritoneo, e per contrario trovasi colla sua superficie posteriore inferiore riunito soltanto per mezzo di cedevolissimo e scarso tessuto cellulare agli adiacenti tessuti, ne risulta da ciò che ogniqualvolta una forza qualunque tenda a spingere il cieco ed in basso dirigerlo verso l'interno foro inguinale corrispondente, la porzione posteriore ed alquanto inferiore di esso cieco come quella che debolmente aderisce ai tessuti vicini, è la prima a discendere, l'ultima invece l'anteriore, perchè fortemente in sito trattenuta dalle robuste falde formate dalla lamina posteriore del peritoneo. Nello scendere poi che fanno il fondo e la faccia posteriore di questo intestino, che in gran

(1) Rendiconto dell'Accademia delle Scienze 1840-41 e Novi Commentarii Academiae Scient. Instit. Bononiensis 1844.

parte poggiano sul muscolo iliaco, si insinuano per questo fra il muscolo stesso e quella porzione di lamina peritoneale da cui quest' ultimo è rivestito, e perciò la porzione stessa posteriore ed alquanto inferiore del cieco, quella cioè che non è ricoperta dal peritoneo si presenta a nudo al foro inguinale interno, ed in tal modo, e cioè senza sacco e senza essere neppure in parte rivestita dalla lamina libera del peritoneo stesso entra nel corrispondente canale. Ma se la causa da cui ha origine l'ernia continua ad agire, il fondo del cieco discenderà pure nel canale inguinale rivestendosi anch' esso di quel tessuto celluloso che nel canale riscontrasi, e portandosi maggiormente in basso oltrepassato che abbia l'esterno foro inguinale, e penetrato essendo nel cremastere dirigerassi verso la porzione inferiore dello scroto. Acciocchè per altro il fondo del cieco intestino giungere possa a questo punto, rendesi necessario che la faccia sua anteriore, seguendone il fondo, e la porzione posteriore, abbandonata la natural sede penetri essa pure nel cremastere. La qual cosa effettuare non potendosi senza che contemporaneamente discendano quelle falde e quelle porzioni di peritoneo che sono all'intorno continue a quel tratto di esso che si addossa ed aderisce alla faccia anteriore del cieco stesso, ne è conseguenza di ciò che man mano essa faccia entra nel cremastere viene ricoperta o sola, o più o meno ai lati da quella porzione di peritoneo la quale è continua al tratto peritoneale che all'anteriore faccia di quest'intestino è aderente (1). Rimanendo poi, tanto la porzione di cieco che è mancante di peritoneo, quanto la falda peritoneale che anteriormente lo ricuopre e che si trovano rivestite dal tessuto cellulare incontrato nel canale inguinale, lungamente a contatto della superficie interna del cremastere, finiscono per prendervi delle soffici aderenze.

(1) Osservando la tavola 10.ª fig. 1.ª *a*, *a*, *a*, *a*, si vede rappresentata la lamina libera peritoneale aperta che continuasi ed aderisce sulla faccia anteriore del cieco.

Abbia quindi il Chirurgo sempre presente l'anatomia patologica dell'ernia scrotale del cieco, non gli sfugga dalla mente che nella generalità dei casi in quest'ernia l'intestino fuori escito non è tutto all'intorno ricoperto da quel sacco formato dal peritoneo che nell'ernia inguinale o scrotale volgare racchiude le porzioni di intestino o di omento che a formarla concorrono, ricordi invece che in essa la porzione inferiore e posteriore del cieco sono a nudo, e per semplice tessuto celluloso al cremastere riunite, e che la sua faccia anteriore soltanto, qualora essa pure a formar l'ernia concorra, è ricoperta più o meno estesamente da quel tratto di lamina libera di peritoneo che ho detto esser continua colla porzione di esso che anteriormente allo intestino aderisce. Senza simili cognizioni non si accinga il chirurgo a praticare l'erniotomia, imperocchè, non trovando in quest' ernia quel sacco completo che nella volgare è formato dal peritoneo, e che racchiude più o meno estese porzioni d'intestino o di omento, non abbia per ciò coll'intenzione di scuoprirli a correre il gravissimo rischio d'incidere il cieco, credendo d'entrare in quel sacco che nelle circostanze ordinarie dal peritoneo è formato (1).

Qui per altro occorre avvertire che in quelle rarissime circostanze, in cui il cieco da prima disceso entro il cremastere colla sua parte ignuda, trae dietro a sè la sua porzione anteriore rivestita dal peritoneo indi la lamina libera con cui si continua, e formasi perciò al davanti di esso intestino un sacco più o meno ampio, nel medesimo ponno discendere

(1) Il Chiarissimo Prof. Madruzza in una lettera a me diretta e pubblicata nel Raccoglitore Medico di Fano 1853, descrive due bellissimi casi di ernia crurale costituiti dal cieco da esso lui felicemente operati con quelle cautele che dottissimo come è non potevano sfuggirgli. Anche il Dott. Peruzzi descrisse nello stesso giornale nel 1855 una felice operazione da lui parimenti eseguita in un caso di ernia crurale strozzata costituita da quel tratto di cieco intestino, che è affatto privo di peritoneo.

altri visceri e costituire un' altra ernia che complica quella del cieco stesso. E del pari devesi notare che in quei casi ben singolari in cui il cieco contenuto entro l' addome, lungi dal trovarsi per la massima parte privo del peritoneo ne è invece tutto allo intorno rivestito, ed avvolto in modo da formare posteriormente un messo-cieco, se esso intestino fassi ernioso, rimane allora o solo, o in un con altri visceri ricoperto esso pure interamente da un sacco peritoneale come avviene nell' ernia volgare.

E di vero ho operato in Ricovero un vecchio affetto da ernia voluminosissima nel cui sacco contenevasi non solo il cieco e la sua appendice vermiforme, ma altresì varie anse intestinali dell'ileo, una delle quali erasi insinuata attraverso una circolare apertura formatasi in un tratto di mesenterio, dall'orlo del qual foro essendo rimasta strozzata, passò per questo in isfacelo, e costrinse ad istituire un ano artificiale, mentre poi gli altri intestini poterono essere riposti nel ventre.

Finalmente dirò che in alcuni tumori erniosi si è trovato soltanto l'appendice vermiforme. Tarmaelli riferisce un caso di ernia inguinale destra strozzata, operata in una vecchia di 78 anni nello Spedale Maggiore di Milano con esito felice, in cui l'ernia era appunto formata dalla sola appendice del cieco (1). Cabaret (2) operando un'ernia crurale destra strozzata del volume di un ovo di gallina, si avvide che quest' ernia sprovvista del sacco, era formata dall'appendice vermiforme lunga circa 6 centimetri. Essa appendice era molto tumefatta, avea il volume e la forma di un intestino tenue, era di un color rosso-bruno, e terminava con una punta acuta infiltrata di un sangue nerastro. L'operazione anche in questo caso ebbe un risultato felice. Murling (3) riporta pure un caso

(1) Annali Universali di Medicina 1835.

(2) Iourn: des connais. medico-chir. Aout 1842.

(3) Dissertatio inaug. medica sistens processus vermiformis pathologiam anatomicam. Heidelberg 1836.

d'ernia dell' appendice vermiforme strozzata in cui mediante l'operazione si ottenne la guarigione, in un altro caso invece l'ernia era tanto piccola che non potè essere riconosciuta, e nell'autossia si rinvenne quell'appendice nel canale inguinale cancrenata. Hevin, pure e (1) Guersant ne videro altri esempi (2), ai quali ne aggiungerò uno esposto dal Prof. Martino d'Avanzo che mi sembra meritevole di particolare considerazione (3).

Il Sacerdote Ruggiero, settuagenario, Vicario foraneo nella città di Resina, soffriva un' ernia da moltissimi anni, non sempre usava il cinto, nè sapeva dire se dett' ernia era riducibile o no. — Mentre nell' autunno del 1866 il colèra faceva stragge in quella città, il Ruggiero, quantunque stitico di corpo, si cibava soltanto di paste e si asteneva da qualunque purgante.

Nel mattino del 7 ottobre, portatosi alla chiesa senza il cinto, ed avendo voglia di evacuare il ventre, si sforzò molto sino a sentir forte dolore e maggiore gonfiezza nel tumore, ma senza verun profitto. Allora ritiratosi a stento in casa, mi mandò a chiamare in Napoli pel dopo pranzo, ed io lo ritrovai nello stato seguente — Aveva il ventre costipato da più giorni, la lingua sporca, meteorismo intestinale, polsi stretti viscerali, ed un piccolo tumore erniario lungo il canale inguinale dritto. Detto tumore era quasi distinto in due parti, che somigliavano per volume e per forma ad un testicolo e ad un epididimo, in modo che io subito passai ad osservar se nello scroto vi erano i testicoli e ve li trovai amendue; gli raccomandai l' applicazione sulla parte pria delle mignatte e poi della pomata di belladonna e de' cataplasmi ammollienti: più l' uso de' clisteri di decotto di lattuga, il bagno generale tiepido, e qualche calmante internamente.

Or nella notte e nel dì seguente, non ostante gli aiuti apprestatigli, continuarono i sintomi dell'incarceramento. Anzi vedendosi aumentate le sofferenze dell'infermo, gli furono amministrati de' clisteri di decotto di tabacco, non sò per insinuazione di chi. — Sia che tal decotto fosse

(1) Cours de pathologie et de terapeutique chirurg. Paris 1785.

(2) Gazette des hopitaux 1841.

(3) Archivio di Chirurgia Pratica di F. Palassiano, Napoli 4 Marzo 1868.

stato troppo carico di tabacco, sia che la macchina dell' infermo non l'avesse tollerato, fu preso da fenomeni di avvelenamento per la nicotina, come da vomito, smanie, dolori di visceri, sudori freddi, lipotimie, in modo che il Vicario vedendosi vicino a morire, mi mandò a prendere di nuovo in Napoli. Arrivato ivi verso la mezzanotte lo trovai con polsi depressi, e quasi evanescenti, con lingua arida, addome tumefatto, tumore dolentissimo. Fui allora del parere di operarlo assistito dal dott. Scognamiglio di Resina; e temendo d'incontrare incarcerata una porzione del cieco (senza sacco), procedei con molta circospezione nell'eseguire le incisioni prima sulla pelle, poi sulla fascia superficiale, indi sull' aponeurosi dell'obbliquo esterno, e tutte nella direzione del canale inguinale cioè dal disopra dell' anello esterno all' interno e da dentro infuori. — Restai sorpreso, dopo il taglio di quei diversi tessuti, alla vista di un piccolo e bislungo tumore, che allora diagnosticai essere fatto dalla produzione vermiforme del cieco, e temendo di trovarlo senza sacco cominciai non dalla parte inferiore del tumoretto, ma dalla superiore (quasi sul collo dello stesso che parevami molto ispessito) a tagliuzzare sulla guida i strati diversi di esso, finchè arrivato nella sua cavità ed uscitone del siero scorsi l' appendice vermiforme di un colorito oscurognolo per la qualità di un liquido che conteneva, e della lunghezza di sei centimetri, della spessezza di otto in nove millimetri. — Passai allora al taglio dell' anello interno o addominale, e vidi impiccolirsi di botto la produzione vermiforme, e ridursi alla grandezza di una corda di due millimetri, impossibile per altro a rientrar nell' addomine, perchè aderita fortemente colla sua estremità al fondo del piccolo sacco, che la manteneva stirata. Fu duopo separarnela col bisturi, lasciando un poco di sacco contro l' estremo della produzione vermiforme per poterne eseguire la riduzione. — Ciò fatto e medicato l' infermo, gli raccomandai di prendere verso il mattino dell' olio di ricino, nel caso non si fosse trovato di avere avuto sufficienti scariche di ventre. — Nel giorno seguente lo rividi: gli si era aperto il ventre, e si lodava del suo stato — Per dieta — aranciate. — Al terzo giorno eseguii la prima medicatura alla ferita, che rinvenni in buono stato: ed accordai una zuppa. — Al 4° e 5° giorno fu preso da diarrea, che fattasi colèrica nel 6°, lo menò nella tomba al 7° a contare dall' operazione. — Nel 6° giorno fu anche visitato dal Prof. Villanova di Napoli, il quale dichiaratolo affetto da colèra, per tale lo medicò, ma senza profitto.

Dallo studio di questa istoria si rileva 1.° che non sempre è necessaria la fuori uscita di un intestino dall' addomine in un' ernia per verificarsi i sintomi di un incarceramento: 2.° che se finora si è detto potere gli stessi aver luogo per fuori uscita di un pezzo di omento gastro-colico, che stirando le intestina ne disturba le funzioni, ed infiammandosi di poi

propaga agli stessi detta alterazione, da questo momento si dovrà dire, che anche la produzione vermiforme del cieco può produrre lo stesso col mantenere stirato esso intestino.

Ritornando ora all'ernia del cieco ripeterò, che senza dubbio dall'esatta cognizione anatomica della medesima il chirurgo potrà trarre assai utile partito allorchè rimanendo presa da invincibile strozzamento, si troverà perciò costretto di ricorrere alla chelotomia.

Ritenevasi diffatti per lo addietro, ed assai giustamente che allorquando l'ernia formata dal cieco era piccola, quando cioè la porzione inferiore e la posteriore soltanto di quest'intestino che sono le prime ad uscire, trovavansi per poco tratto nell'inguine o appena al di là del foro inguinale esterno, potessero le medesime, praticando l'erniotomia dopo avere aperto il cremastere e tolto il vincolo che le strozzava con molta facilità venire spinte entro il cavo addominale; ma tale beneficio non speravasi allorquando il cieco nello scroto era profondamente disceso, purchè però fortunatamente non si trattasse di uno di quei casi straordinari in cui esso intestino come nell'ernia volgare trovasi completamente avvolto dal sacco erniario (1). Quando invece il cieco si insinua entro il cremastere non solo colla sua porzione inferiore e posteriore, ma ben anco con tutta quanta la di lui parete anteriore che è adesa al peritoneo, e questa trascina seco, e rivestesi pure anteriormente di quella porzione libera di esso peritoneo con cui si continua, la quale poi non tarda a prendere aderenze col cremastere stesso, in allora, quand'anche il Chirurgo ampiamente incida questa lamina peritoneale, non può più essergli permesso a motivo delle aderenze da essa contratte ancorchè sbrigliato sia l'anello che strozza l'intestino di riporlo entro la cavità dell'addome.

(1) Nel prospetto Clinico di un biennio stampato l'anno 1843 il Chiarissimo Prof. Asson riferisce uno di questi casi da lui operato felicemente in un bambino di sette mesi

Lo Scarpa istesso era di ciò tanto persuaso, che nella sua grand'opera sulle ernie parlando del modo d'eseguire l'erniotomia in simili circostanze dà i seguenti precetti:

„ Supposto, ei dice, che l'ernia vasta ed inveterata formata
„ dal cieco sia compresa veramente da strozzamento, sicchè per
„ liberare il malato da sì pericoloso accidente sia assoluta-
„ mente necessario il taglio, il Chirurgo vi si accingerà gui-
„ dato dalla riflessione che le viscere discese a motivo della
„ particolare loro connessione colla lamina di peritoneo che
„ anteriormente le ricuopre, non sono suscettibili d'essere
„ completamente riposte nel ventre. Per la qual cosa non es-
„ sendovi il più che piccolo sospetto di gangrena, il Chirurgo
„ tagliati i comuni tegumenti scuoprirà subito l'anello in-
„ guinale, e lo fenderà per di fuori con mano sospesa, ed
„ in tal guisa metterà le viscere fuori uscite in libertà senza
„ esporle al contatto dell'aria e con dolci pressioni sul tu-
„ more farà riprendere il corso alle accumulate feccie ed ai
„ flati, e procurerà insiememente di far rientrare quanto più
„ potrà le viscere protruse. Se poi per inavvertenza, o per
„ mancanza di segni abbastanza certi della discesa del cieco
„ o perchè vi sono indizi di gangrena sarà stata aperta oltre
„ il cremastere, la lamina di peritoneo che ricuopre anterior-
„ mente l'intestino, il Chirurgo in simili circostanze non si
„ dipartirà dalla condotta stata tenuta dal Petit, cioè inci-
„ derà ciò che formava lo strozzamento, e respingerà nel
„ ventre tutto quel tratto di canale intestinale sano, che sarà
„ disposto a rientrare, indi ricuoprirà le viscere coi lembi
„ formati dalle parti incise che rivestivano l'intestino, ed in-
„ vilupperà il tutto entro morbidi pannolini bagnati nel de-
„ cotto di malva o di altea che avrà cura di umettare di
„ due in due ore tanto di giorno, che di notte. In progresso
„ non mai trascurati gl'interni ed esterni presidii soliti pra-
„ ticarsi in seguito dell'operazione dell'ernia incarcerata, la
„ natura colle proprie sue forze ritirerà entro il cavo del
„ ventre una parte d'intestino, ed una porzione di quella

„ lamina peritoneale che anteriormente lo ricuopriva e su di esso
„ continuavasi, e ciò che della medesima rimarrà al di fuori
„ si esfoglierà e si coprirà di granulazioni, e sarà compreso
„ da comune cicatrice coi tessuti dell'inguine, e dello scroto.
„ Rimarrà senza dubbio nell'inguine un tumore più o meno
„ grosso secondo la maggiore o niuna porzione d'intestino
„ cieco ritenuto al di fuori, per garantire il quale dalla pres-
„ sione, e per impedire che col lasso di tempo si accresca
„ nuovamente di volume, il malato porterà pel restante di
„ sua vita un cinto a pallottola concava. „

Tali erano gl'insegnamenti che ci venivano adunque dallo Scarpa dettati, e tali quelli che dai migliori Chirurghi eran seguiti; ma a dire il vero molti in non poche circostanze così regolandosi, essere ne doveano i danni. E in realtà in qual modo un Chirurgo per quanto dotto, ed esperto egli sia può acquistare certezza prima di eseguire la chelotomia, che l'ernia è formata dal cieco? E se questa sicurezza manca, dovrà egli dunque nel dubbio, tagliati i tessuti che cuoprono l'anello strozzante limitarsi a sbrigliarlo? Questa pratica a mio avviso sarebbe per certo riprovevole se considerazione si faccia ai pericoli da cui può essere susseguita, fra i quali primeggia quello di un nuovo incarceramento, tanto più facile per lo intumidirsi e lo ingrossarsi delle parti cagionato dallo stesso atto operatorio.

E di più convien dire che non sempre si può essere sicuri senza mettere a nudo l'intestino che in qualche punto almeno non sia il medesimo a mortificazione passato. Io per certo mi guarderei dal negarlo, dal momento che eseguendo la chelotomia ho trovato alcune volte l' intestino più o meno cancrenato in individui che non ne davano il benchè minimo indizio, e ciò m' ha permesso di ricorrere a quei provvedimenti che la scienza in simili casi consiglia.

Che se poi volendo evitare i pericoli inerenti alla indicata maniera di operare, si adottasse il precetto ammesso pure

da illustri chirurghi moderni, di incidere i tessuti che cuoprono l'ernia per togliere soltanto lo strozzamento, o di lasciare fuori l'intestino, anche così a gravissimi rischi, si esporrebbe l'infermo. E in realtà sebbene da alcuni fatti sembri provato che inciso l'anello strozzante, cessano i sintomi di strozzamento, e le parti fuori escite collo scorrere del tempo si cuoprono di cicatrice, tuttavia io credo che su queste eccezionali felici eventualità non si debba molto contare. Imperciocchè io stesso ho veduto un individuo affetto da ernia scrotale strozzata del cieco assoggettato all'erniotomia dal mio preclaro maestro il Prof. Venturoli, nel quale quantunque venisse ampiamente sbrigliato l'anello strozzante come consigliano il Petit e lo Scarpa, e si seguissero scrupolosamente le norme da questi insigni autori dettate, tuttavia a motivo dell'irritazione indotta dal taglio, dal contatto dell'aria, dalle manovre necessarie per eseguire l'operazione, e per la facilità con cui insinuaronsi di poi entro l'intestino in molta abbondanza i flati e le materie fecali, l'intestino stesso che all'atto dell'operazione si trovò appena ingorgato di sangue, aumentò di volume in modo tale da rimanere nuovamente strozzato dall'ampiamente sbrigliato anello e da farlo passare con molta prestezza a cancrena, dando così luogo alla rapida morte dell'operato.

E supposto pur anco che in qualche raro caso riescisse d'evitare la cancrena e la piaga si cicatrizzasse, nullameno l'intestino non potendo più rientrare nel ventre, l'individuo perciò rimarrebbe per tutta la vita affetto da un'ernia irriducibile, ed esposto di continuo a molti mali e pericoli, e singolarmente a quello di un nuovo incarceramento dell'ernia.

Onde evitare pertanto simili rischi era necessario l'allontanarsi dai precetti di Petit e di Scarpa, e il cercare un processo operativo col quale riescir si giungesse a introdurre l'intestino nel ventre, nel qual modo ottenere si potea non solo la cessazione dei sintomi di ernia strozzata, ma si

sarebbe avuto pur anco il grande vantaggio che quell'ernia, la quale prima che si strozzasse era irriducibile, poscia più nol fosse, od anche più non apparisse, come in non poche circostanze verificasi allorchè l'erniotomia è stata praticata per ernia inguinale o scrotale volgare incarcerata. Il processo operatorio poichè a tal uopo potea appieno soddisfare, mi venne suggerito dallo studio anatomico già fatto dell' ernia scrotale del cieco.

Considerando infatti che in questa specie particolare di ernia, l' intestino fuori escito è ricoperto anteriormente soltanto da quella porzione di lamina libera di peritoneo, che si continua con quella che aderisce parimenti alla di lui faccia anteriore, e fatto pure riflesso che non solo la superficie esterna di questa istessa lamina peritoneale libera, ma ben anco la faccia posteriore ed inferiore del cieco si trovano ben presto riunite al cremastere per soffice tessuto cellulare, ottenni per questo costantemente in quei cadaveri nei quali rinvenni simile specie di ernia, di riporre nel ventre il fuori escito intestino prevalendomi del seguente processo: Tagliati gl'integumenti che il tumore ricuoprono, aperto anteriormente colle dovute cautele non solo il cremastere, ma ben anco la lamina peritoneale che vi sta sotto onde mettere così a nudo tutta la superficie anteriore dell'intestino, ed inciso, se occorre, il canale inguinale in modo da potere sbrigliare l'interna apertura onde viemmeglio svuotare il cieco delle materie in esso contenute, diminuirne il volume, e più facilmente dominare le parti formanti l'ernia, faccio di poi una piccola incisione in basso nella predetta lamina di peritoneo aderente al cremastere, ed a pochi millimetri di distanza del tratto in cui la predetta lamina si arrovescia e si continua con quella porzione di peritoneo che anteriormente aderisce al cieco intestino. Insinuato allora entro la incisa lamina peritoneale il dito indice della mano sinistra o la tenta scannellata, con questa la stacco e la incido tutto all' intorno del cieco, nel qual modo mi rendo sicuro di non offenderlo e di evitare

nel tempo stesso la lesione dei vasi spermatici Tav. 10.ª fig. 1.ª *a, a, a, a*. Ciò fatto con delicata dissezione stacco dal sottoposto cremastere, cui è riunita per soffice tessuto cellulare, la porzioncella di lamina peritoneale che si continua con quella che aderisce anteriormente all'intestino, e così giungo subito alla faccia posteriore ed inferiore di quest' intestino stesso, e la isolo in modo dal sottoposto cremastere cui parimente per debole cellulare tessuto aderisce, da non trovare più difficoltà alcuna a rialzarlo ed a riporlo poi completamente nel ventre Tav. 10.ª fig. 2.ª

Ciò per altro che accrescere dovea valore a simil processo, non erano già i ragionamenti soltanto, o le esperienze sui cadaveri istituite, ma bensì l'esito fortunato che così operando si fosse ottenuto sull'uomo vivente. Il che appunto essendomi accaduto sul cominciare del Novembre 1839, credo per questo assai conveniente il dare di simil caso la storia.

Un distinto signore di questa città, trovavasi affetto da molti anni d'un'ernia scrotale dal lato destro, che non potendo esser riposta nel ventre, venne per questo abbandonata a sè stessa. Un giorno facendo egli un violento sforzo sentì un vivo dolore all'inguine destro che fu poco dopo accompagnato da notabile aumento di mole dell'ernioso tumore, cui tenner dietro violenti conati di vomito, e tale abbattimento di forze, da obbligare l'infermo a porsi in letto. Chiamato un chirurgo ad assisterlo giudicò che l'ernia era presa da strozzatura, ed ebbe perciò al tassi ricorso. Essendo peraltro riescito del tutto infruttuoso, non furono risparmiati quei mezzi che in simili circostanze vengono commendati.

Ad onta però di tutto questo i sintomi di strozzatura non diminuendo, anzi facendosi maggiormente violenti si volle che io pure vedessi l'infermo; il che ebbe luogo dopo 30 ore da che eransi palesati i sintomi di strozzatura. La notabile durezza che presentava il tumore, l'inutilità dei mezzi fino allora adoprati, la faccia abbattuta dell'infermo, la piccolezza e celerità de' suoi polsi, l'enorme tumefazione del

ventre, il vomito quasi continuo, la mancanza di alcune evacuazioni, mi determinarono a passare sollecitamente all'erniotomia. Fatti pertanto radere i peli che cuoprivano il pube e lo scroto, feci un' incisione nei tegumenti e nel dartos che dal margine superiore dell' anello inguinale, si estendeva fino alla parte inferiore del tumore; incisa pure la fascia superficiale, scuoprii allora il cremastere. Avendo peraltro riflettuto che l'ernia prima che si strozzasse era irriducibile, e temendo perciò che fosse in qualche punto aderente, od invece formata dal cieco, coll' apice dei miei diti indici pigiando sul cremastere stesso, cercai di assicurarmi se in qualche punto sentivasi fluttuare quel siero che d' ordinario si forma nell' ernie strozzate fra l'intestino fuori escito e la lamina libera del peritoneo che lo riveste. In tal modo infatti avendo sentita manifestamente la fluttuazione verso la parte media ed anteriore del tumore, ebbi perciò maggiore certezza che in quel punto l' intestino, qualunque esso fosse, non era aderente alla lamina peritoneale libera che lo ricuopriva, e che da questa trovavasi invece lontano, per cui molto francamente potei in quel punto portare il tagliente del bistorino ed incidere colle norme ordinarie non solo il cremastere, ma ben anche quegli strati di tessuto celluloso, e quella lamina di peritoneo libera, che anteriormente l'intestino rivestono. Ciò fatto, 50 grammi circa di sierosità fluirono dalla praticata apertura, entro la quale introdotto l' indice della mia mano sinistra, dietro la scorta di questo dito con un bistorino in tal modo la dilatai, da mettere a nudo l'ernioso intestino che mi accorsi ben presto essere il cieco. Fu appunto in simile circostanza che collo scopo di riporre l'intestino fuori escito nel ventre, dopo avere sbrigliato colle regole d' arte l' anello strozzante, incisi a poca distanza dal cieco la lamina libera del peritoneo, che si continuava ed aderiva alla faccia anteriore di esso intestino, seguendo quelle norme che di sopra descrissi, dopo di che con delicata dissezione lo isolai completamente dai lassi tessuti coi quali aderiva al cremastere. In

tal modo l' intestino reso libero, potei allora. essendo già stato sbrigliato l' anello che lo strozzava, introdurlo entro la cavità dell' addome.

Dopo di che insinuai uno stuello di fila nella incisa apertura inguinale, riunii il restante della ferita per mezzo di liste di cerotto adesivo, ed applicai convenienti compresse, fasciatura. Non molto dopo fatto salassare l' infermo, e somministratogli quaranta grammi d' olio di ricino, si sentì egli notabilmente sollevato; cessò il vomito, vennero emesse delle feci, la tensione del ventre diminuì, si ricomposero i polsi. Niuna cosa di particolare in seguito si manifestò, la piaga prese dopo non molti giorni bellissimo aspetto, l' anello inguinale si ricoprì di rigogliose carnee vegetazioni, e poco più di un mese essendo trascorso dall' eseguita operazione, l'infermo trovossi non solo salvo dai pericoli che lo avevano minacciato, ma fu ben anco reso libero da un' ernia irriducibile ad impedire la rinnovazione della quale soltanto, gli fu consigliato di prevalersi per qualche tempo almeno di un cinto. Tale era per certo il maggiore compenso che io poteva desiderare, adottando un processo operatorio, che la ragione, e le esperienze fatte sul cadavere, mi avean già fatto travedere riunire in sè quei molti vantaggi, che sperare non potevansi avendo ricorso a quella maniera di operare, che anche da illustri operatori è oggi giorno commendata (1).

(1) Nel lungo periodo trascorso dalla pubblicazione di questo processo operatorio (1841 e 1844) non mi si offrì più occasione di poterlo ripetere, essendomi incontrato soltanto in alcuni di quei casi in cui il cieco non avea aderenze di sorta e formava ernia colla sola parte priva di peritoneo. So che la riduzione del cieco fu pure operata dopo la Chelotomia dal *Rognetta* in un vecchio sugli 80, e da altri; ma anche in questi infermi il cieco formava ernia colla sua porzione libera, od ignuda (1).

(1) Bollettino di Terapeutica 1. Aprile 1844.

Del trattamento chirurgico di alcune ernie inguinali congenite associate nel maschio alla presenza del testicolo non disceso nello scroto, od a quella delle appendici uterine nella femmina.

Le particolarità riscontrate in un caso d'ernia inguinale congenita nascosta incarcerata, che io comunicai all'Accademia delle Scienze (1) nell'adunanza del giorno 23 Novembre 1848, e che qui pure intendo di esporre, furono desse che sopratutto mi indussero ad occuparmi in modo particolare dello studio di questa specie di ernia tanto nel maschio quanto nella femmina, mediante il quale giunsi a stabilirne non poche varietà, il che in modo singolare contribuì a farmi adottare in varie circostanze nuovi mezzi acconci al loro chirurgico trattamento (2). Per tenere quell' ordine che in

Però il Chiarissimo Professore *Asson* commendando il mio processo in una sua memoria pubblicata nella Gazzetta Medica Italiana (Provincie Venete Gennaio 1859) rese consapevoli operando che nell' Ottobre 1849 un uomo sui 72 anni affetto da ernia del cieco strozzata preferì appunto il mio processo, nel qual modo ei pure dimostrò non solo che è facilissimo lo evitare l' offesa dei vasi spermatici, ma la possibilità di sbarazzare l'intestino cieco dalle sue aderenze colle parti circostanti, e ridurlo senza la temuta ripiegatura del cieco sul colon, che il *Vidal* impropriamente credeva poter effettuarsi in causa delle briglie che legano questo intestino alla fossa iliaca col colon istesso.

Io poi feci l'applicazione di questo medesimo processo in un vecchio affetto da ernia inguino-scrotale obliqua interna della vescica urinaria, nella quale essa vescica formava ernia colla sua porzione ricoperta dal peritoneo, motivo per cui la corrispondente falda peritoneale colla quale continuavasi avea assunte le medesime disposizioni anatomiche che sono proprie della vasta ernia cecale.

(1) Rendiconto dell' Accademia delle Scienze 1848-49 Memoria dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna 1851.

(2) Rendiconto della sessione dell'Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna 1855-56 e 1860-61 Memoria della stessa Accademia 1856, e 1861.

simile argomento richiedesi, comincierò adunque dal narrare la storia del fatto su enunciato.

Da legittimo talamo nacque un fanciullo nel di cui corpicino niuna cosa meritevole di rimarco riscontrossi, se si eccettui la mancanza nello scroto del testicolo destro, e tale tumidezza nel canale inguinale corrispondente che si credette intieramente prodotta dal non per anco disceso testicolo nello scroto. Non fecesi di ciò alcun calcolo, sebbene col crescere degli anni il fanciullo andasse di tratto in tratto soggetto ad alcuni anche forti e prolungati dolori nella destra inguinale regione, attribuendosi i medesimi dai chirurghi che erano chiamati a curarlo, allo stentato passaggio del testicolo dal canale inguinale. Giunto egli così alla età di 23 anni, una sera fatti violenti sforzi onde espellere delle feci molto indurite, sentì un dolore vivo all' inguine destro, dolore che a mano a mano crescendo, obbligò il malato a coricarsi nel letto. La tumidezza intanto che esisteva nel canale inguinale facevasi più pronunziata, i dolori infierivano, una smania notevole affliggeva l' infermo. Chiamato il medico ad assisterlo, attribuendo tali morbosi fenomeni a minacciata infiammazione del testicolo e funicolo rinchiusi nel canale inguinale, cagionata dalla violenta stiratura o compressione dai medesimi sofferta nell' atto che l' individuo eseguiva violenti premiti onde andare di corpo, ordinava per questo il salasso dal braccio, una pozione oleosa, fomentazioni sulla parte dolente. Ad onta però di tali presidi, le sue condizioni peggiorando, si stimò conveniente di ripetere in poche ore per altre due volte il salasso, di ordinare nuovamente l' olio di ricino, e l' uso dei clisteri ammollienti. Ma tutto questo riusciva affatto inutile, che anzi il dolore all' inguine facendosi più intenso, presentandosi il vomito, niuna evacuazione alvina ottenendosi, alterandosi i lineamenti del volto, si amò che io pure questo giovine visitassi.

Recatomi quindi da lui lo trovai con faccia pallida ed abbattuta, con occhi languidi, con guancie infossate. I polsi

erano piccoli, contratti e assai celeri, il ventre riscontravasi meteorizzato e dolente, la cute piuttosto fredda. L'infermo vomitava assai frequentemente bile mista a succhi gastrici, e ad onta dei molti mezzi impiegati non avea per anco ottenuta alcuna scarica alvina. Fattomi quindi ad esaminare la dolente tumidezza che rilevavasi al canale inguinale destro e che attribuivasi all' infiammato testicolo non ancora disceso nello scroto, la riscontrai estremamente sensibile, della grossezza e della forma di un grosso ovo di pollo, elastica e fluttuante in modo da render certi contenere qualche porzione di liquido. Le dita però delle mie mani non riescivano a scuoprire il testicolo, il che poteasi attribuire al rimanere esso ricoperto e nascosto dall' umore che si era raccolto in quella tumidezza, e sebbene non vi fosse ragione per dubitare che il centro da cui sorgevano i morbosi universali fenomeni dai quali trovavasi affetto il nostro malato, derivar si dovessero dalla suddescritta innormale gonfiezza, rimanea però a stabilirsi se realmente dal solo testicolo infiammato e rinchiuso ancora nel canale inguinale dovea la medesima ripetersi. Ma a dir vero io non potea persuadermi, come una semplice orchite si rendesse capace in poche ore di dar luogo a disordini tali da mettere in gravissimo rischio la vita dell' infermo, e neppure mi induceva a ritenere che a ciò produrre concorresse forse anco il trovarsi strozzato dall' interno foro inguinale il funicolo intumiditosi, in seguito dei forti premiti fatti dall' infermo onde emettere le feci; imperocchè quantunque ammettendo questo, avessi potuto spiegare molti dei fenomeni che in simile caso si presentavano, mi riusciva per altro difficile l' intendere come ad onta dell' ingoiato olio di ricino, e dei molti clisteri iniettati pel retto intestino, non si fosse ottenuta la più che piccola alvina evacuazione. Oltre di che se si fosse trattato soltanto di forte infiammazione del testicolo, o di strozzatura del testicolo istesso e del funicolo, la copia di liquido che si trovava nell' inguinale tumore non sarebbe stata sufficiente per impedire di trovare

almeno in parte quella regolare, resistente e notabil gonfiezza che in simili casi acquista l'organo separatore del seme.

Era adunque necessario il sospettare che si trovasse in quella innormale tumidezza altra cagione, cui i suddescritti fenomeni attribuire. Ma dall'infermo nessuna cosa rilevar si potea che servisse a rischiarare l'insorto dubbio; imperocchè null'altro egli dire sapea se non che d'aver sempre avuto all'inguine il più volte ricordato tumore, essere il medesimo gradatamente aumentato a mano a mano che il testicolo andava cogli anni ingrossando, non avervi avvertito rimarchevole cangiamento nel volume e nella forma, se non se quando era preso da quei dolori che qualche volta lo opprimevano, nelle quali circostanze dopo essersi alquanto ingrossato, riprendeva il volume di prima allo svanire di quelli. Che se però dal malato non poteansi ritrarre lumi sufficienti a rendere chiara la diagnosi, non mi tratteneva per questo dal fare ulteriori indagini onde giungere a stabilire quale realmente era la patologica alterazione che costituiva quella morbosa gonfiezza, per potere così debitamente apprestare quei mezzi che in tanta urgenza rendeansi indispensabili.

Era egli in questo caso possibile che la raccolta sierosa la quale rinvenivasi in quella tumidezza, fosse costituita da un idrocele congenito della vaginale comune, od invece da un idrocele della vaginale propria del testicolo o del funicolo, e che nello sforzo fatto dall'infermo onde emettere le feci avesse avuto luogo nelle membrane distese dal liquido, così violenta distrazione da rendersi capace di risvegliare in esse tale flogosi, che come io stesso ho osservato, comunicandosi repentinamente per continuazione di parti al peritoneo, indotto avesse perciò quei morbosi fenomeni che cotanto travagliavano l'infermo? (1)

(1) In alcuni casi l'idrocele si forma anche entro il sacco erniario somministrato dal peritoneo. L'onorevolissimo sig. Dott. *Leopoldo Golinelli* pubblicò nel Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna 1864, una sua bene

Ma quantunque pigiando sulla tumida inguinale regione si sentisse senza dubbio nella medesima un liquido ondeggiare, e

elaborata memoria, nella quale espose in ispecial modo le osservazioni da me fatte intorno a questo argomento. Potendo la conoscenza delle medesime, se non m'inganno, tornare utile non solo all'anatomo-patologo, ma all'esercente l'arte salutare, per questo riporterò qui la memoria istessa.

Da molto tempo (scrive il *Golinelli*) s'aggirava nella mia mente il pensiero di rendere pubblici alcuni casi accaduti nella Clinica Chirurgica del mio maestro Prof. *Rizzoli*, riferibili all'*idrocele acuto e lento del sacco erniario;* ma a questo non mi era mai deciso, perchè conosceva la pochezza delle mie forze, ed in conseguenza erami ben noto che quando pure avessi cercato di descrivere alla meglio simili fatti, nullameno la descrizione che ne avrei data non sarebbe riescita se non se confusa, incompleta, e forse non servibile allo scopo da me prefisso.

Con tutto ciò, considerata l'importanza della conoscenza di tale malattia, considerato che la medesima sino al giorno d'oggi passò quasi inosservata dai migliori trattatisti di Chirurgia, od almeno non fu esplicitamente indicata, nè accuratamente descritta, mi sforzerò a deporre ogni timore, e senz'altro passerò alla pura e semplice esposizione di alcuni fatti appartenenti a questo genere d'idrocele.

Che la malattia in discorso non sia per anco ben conosciuta, me lo prova un caso riferito nell'Ebdomadario Clinico, preso dall'Archiv. der Heilkunde 8 Fasc. 1864 (Vedi Ebdomadario Clinico N. 92), ove fu fatta l'erniotomia, e non si rinvenne che un sacco erniario, non contenente nè intestino, nè omento, ma solo una certa quantità di liquido rosso-bruno quantunque si fosse creduto trattarsi di ernia strozzata, avendo l'infermo presentato in antecedenza tutti i sintomi che la denotano. Un altro fatto che potrebbe in qualche guisa appoggiare la mia asserzione, si legge nella *Gazette des Hôpitaux* (1), sotto il nome di *idrocele del sacco erniario*, e di questo per alcune sue particolarità credo opportuno il dare un cenno:

(Hôpital de la Charité — *M. Velpeau* Hydrocèle du sac herniaire. Observation recueillie par *M. Burlaud* interne du service).

Il 21 Aprile 1864 entrò nello Spedale della Carità, Sala *Sainte Vierge*, letto N. 1, un giovane d'anni 24, nominato G. sartore, di sana

(1) Vedi Gazette des Hôpitaux N. 82. 14 Luglio 1864.

potesse quell' umore attribuirsi ad un piccolo idrocele congenito dalla vaginale non più comunicante col cavo peritoneale, e che

e robusta costituzione, affetto da un tumore allo scroto dal lato sinistro. Questo tumore del volume di due pugni trovavasi al disotto dell' anello inguinale esterno; era molle, teso, fluttuante, indolente, ed irriducibile alla pressione. Esso non limitavasi allo scroto, ma con un peduncolo della grossezza di un pollice si prolungava nel canale inguinale. La pelle che vestiva questo tumore era sana, e del colore normale. Il testicolo era perfettamente distinto, e trovavasi al fondo e alla parte posteriore e inferiore dello scroto. Non si osservava alcun impulso sotto l' urto della tosse, e non vi avea alcun punto trasparente.

Dall' infermo non si sapeva altro che da 15 anni era affetto da ernia, contenuta sempre col cinto. Quest' ernia non entrava completamente, ma fuori sempre rimaneva un piccolo tumore, allorquando, rottosi il cinto, il G. ne restò qualche tempo privo, e vide lo stesso tumore, aumentare assai rapidamente, senza dolore, senza fenomeni d' infiammazione, e senza disturbi da parte degl' intestini.

Ciò esposto, e dimostrata primieramente per via di eliminazione, l' impossibilità di una malattia del testicolo, del funicolo, dell' idrocele vaginale, e dell' epiplocele, al *Burlaud* restò semplicemente a supporre uno spandimento nel sacco; spandimento sieroso, forse ancora siero-sanguinolento in seguito alla rottura di qualche vaso. Venne il *Velpeau* a convalidare la sua opinione ammettendo, in considerazione della decisa fluttuazione, il diagnostico, che così formolò:

Ernia antica, entero-epiplocele, con riduzione dell' ansa intestinale: attualmente epiplocele, con spandimento di un liquido rossastro nel sacco erniario.

Dopo sei giorni dall' ingresso dell' infermo, fu fatta una puntura sul tumore, ne sgorgò un liquido rossastro, e si constatò la presenza dell' epiploon nel sacco, poscia si passò all' iniezione colla tintura di iodio.

L' infermo dopo avere sofferto qualche disturbo nei primi giorni della riportata puntura, escì il giorno 10 Maggio dallo Spedale pressochè perfettamente guarito.

L' autore, dopo avere narrata questa storia, fa osservare che nelle opere antiche nulla si trova riferibile al trattamento dell' idrocele del sacco erniario, e che il *Velpeau* fu il primo a trattare questa varietà d' idrocele come quello della tunica vaginale, ed anzi vuole con diverse considerazioni provare che la cura suindicata debbasi adottare in ogni caso.

fosse con una certa rapidità alquanto cresciuto in seguito di flogosi risvegliatasi nelle sierose membrane che a formare

Il *Burlaud* termina la sua osservazione col dire che il trattamento dell'idrocele del sacco erniario solleva ancora una questione importante. Questo trattamento, egli dice, non può essere il punto di partenza di una cura radicale dell'ernia? Infatti, soggiunge, il sacco s'infiamma, le sue pareti si saldano col turacciolo epiploico, ed il canale inguinale è obliterato, se l'infermo ha cura di portare un cinto ben applicato. Ma la guarigione radicale, continua a dire il *Burlaud*, non ha sempre luogo, perchè può avvenire che la massa epiploica, che chiude il collo del sacco, si sposti, ed in allora si vede rinnovare un'ernia intestinale.

Se si rifletta un poco sulla storia di questo caso, di leggieri si comprende come anche il *Burlaud* ritenga questa malattia non ancora a sufficienza studiata, e ritenga il *Velpeau* primo nell'adottare un metodo di cura radicale, ed infine che tale metodo possa ben anco servire alla guarigione delle ernie, quando all'idrocele si associa la discesa dell'omento, ma che però la guarigione non può essere sempre stabile. Ed appunto per tutto questo, mi credo in dovere di mostrare che sino dall'anno 1852 trovansi pubblicati (1) mercè l'onorevole dott. *Onofrio Santinelli* alcuni casi di *idrocele acuto e di ascesso del sacco erniario*, con delle particolarità di rilevanza non notate dal *Velpeau*, curati dal Prof. *Rizzoli;* pubblicazione, onde si può avere un concetto sufficiente di tale malattia: che anche sino d'allora il detto Clinico in uno di questi casi, ed è il più importante, avendo trovato contemporaneamente una raccolta sierosa nella vaginale propria del testicolo, ed una raccolta purulenta nel sacco erniario, dopo avere evacuata la prima col trequarti, diede escita a quella del sacco mediante una incisione: nel secondo aprì pure il tumore mediante un'incisione colla quale diede esito ad una abbondante raccolta di *siero* e *pus* che nel sacco erniario conteneasi, e non fece la puntura unita all'iniezione dell'iodio, come il *Velpeau,* essendo questo metodo, come io pure ne penso non molto sicuro sia per le sue conseguenze, sia per lo scopo della cura radicale dell'ernia: che finalmente in tutti i casi di idrocele del sacco erniario da lui osservati con o senza operazione ha constatato non solo l'obliterazione del collo del sacco, ma quella dell'interno foro inguinale per le aderenze avvenute in seguito al processo d'infiammazione fra lo stesso collo del sacco e l'apertura interna o superiore di esso canale

(1) Bullettino delle Scienze Mediche.

quel tumore concorrevano, nullameno ciò non potea essere sufficiente per dare ragione dello stato gravissimo in cui il

inguinale, in seguito di che si rese più sicura la radicale guarigione dell'ernia. Nel terzo caso poi non ebbe luogo l'operazione perchè sorse la malattia, quando l'individuo (e questi era un vecchio ottuagenario, infermo di scorbuto da molto tempo), toccava quasi le ultime ore di sua vita. L'anatomia patologica oltrechè confermò la giustezza della diagnosi di raccolta umorale nel sacco erniario, valse pure a confermare il fatto della chiusura del collo del sacco, e delle aderenze del medesimo coll' interno foro del canale inguinale; circostanza molto valutabile, se si considera che ciò avvenne in pochissime ore, in un individuo vecchio prossimo a perire e senza l'intervento di alcun atto operatorio.

Non passò molto che la conoscenza dei ricordati casi e d'altri di vero idrocele del sacco, non che di uno in cui la raccolta umorale avea i caratteri del pus, ed erasi formata in un sacco appartenente ad un'ernia inguino-scrotale diretta (1), servì vantaggiosamente allo stesso *Rizzoli*, nei primi anni della sua Clinica per mostrare alla gioventù, la quale numerosa assisteva alle sue lezioni, quanto sia difficile la Chirurgia in alcuni suoi rami, particolarmente nel diagnostico di certi tumori, dei quali interessa maggiormente la piena conoscenza, in quanto che il più delle volte l'unica risorsa rimasta al Chirurgo è riposta nella Medicina Operatoria: e qui precisamente mi riferisco a due casi d'individui entrati nello Stabilimento Clinico con tumore alla regione inguino-scrotale di un lato, ritenuto l'uno un semplice idrocele volgare, l'altro un enterocele.

E siccome la narrazione della storia di questi due fatti mi sembra importante, così mi giova sperare che non sia mal fatto qui rammentarla.

Come già dissi superiormente era scorso poco tempo da che il *Rizzoli* fu elevato all'incarico di Prof. Clinico Chirurgico, quando nella stessa sua Clinica entrava quale infermo un certo Giovanni Calegari, d'anni 59, contadino, nativo di Pizzocalvo. Al dott. *Marco Rasori*, in allora studente di Clinica, venne consegnato tal infermo, di cui poi lo stesso *Rasori* lasciò scritto quanto qui in succinto piacemi riferire:

Era il Calegari uomo di robusta costituzione, di buona derivazione. Avea raggiunto il 53° anno di sua vita, senza sapere che fosse malattia;

(1) Bullettino delle Scienze Mediche 1854.

paziente riscontravasi. Siccome poi tale gonfiezza fu nota ai parenti fino dalla nascita di quell' individuo, non poteasi la

forse per le gravi fatiche cui lo esponeva di continuo la sua condizione di contadino, gli sopravvenne un tumore della grossezza di una piccola noce alla regione dell' inguine sinistro, molle, elastico, indolente, che scompariva nella posizione orizzontale, per ricomparire nell' eretta, o sotto qualsiasi sforzo. Si giudicò un' ernia, e fugli ordinato un cinto, mercè del quale potè attendere in seguito ai suoi incombenti senza alcun fastidio. Ma nella notte del 20 Gennaio 1854 senza cagione apprezzabile ricomparivagli il tumore sumenzionato, però con queste differenze: oltrechè il medesimo oltrepassava questa fiata l'anello esterno inguinale, erasi fatto eziandio di un volume assai maggiore, ragguagliando un uovo di gallina: ben presto divenne duro, poco o nulla dolente, piriforme, situato fra l'anello esterno sinistro e la parte superiore dello scroto del medesimo lato, e resistente ad ogni tentativo di riposizione adoperato dal nostro infermo. Ciò nondimeno, siccome il tumore non lo molestava menomamente, così egli non ne tenne alcun conto, continuando ad attendere ai suoi lavori. Se non che dopo alcuni giorni vedendo persistere il tumore, e sembrandogli essere anzi aumentato, ricorse al Chirurgo, il quale dopo avere usato inutilmente per alcuni giorni varii mezzi curativi lo consigliò di entrare nello Spedale Clinico, il che fece il 1 Febbraio del suddetto anno. Esaminato dal Prof. *Rizzoli* il tumore in discorso, ed escluse ad una ad una tutte le malattie che lo potevano mentire per le ragioni che qui non trovo opportuno esporre, lo giudicò formato dall' *idrope del sacco erniario,* il cui collo fossesi obliterato. Stabilito tal giudizio sulla natura di questa malattia, e considerato che il contadino voleva liberarsi da quel malore, si decise di aprire il tumore mediante un' incisione longitudinale, osservando, ben inteso, tutte le regole che in tali casi si debbono usare. Inciso il tumore sgorgò un' abbondante raccolta di puro siero, di colore citrino, limpido e trasparente; e quindi scomparsa ogni tumidezza, si rinvennero le pareti del sacco notevolmente ingrossate, ed il suo collo completamente chiuso. Fu medicata in allora la ferita per seconda intenzione, ed in seguito fu trattato come operato d' ernia. Diverse circostanze affatto estranee alla malattia per cui fu operato, concorsero a ritardare la guarigione dell' infermo, che solo nel 9 Aprile potè ritornare fra i suoi perfettamente risanato, e sicuro eziandio di non andare più nel pericolo di farsi ernioso.

Non era ancora guarito il suddetto Calegari Giovanni, che nella

medesima ripetere da un idrocele congenito della vaginale che si trovasse in comunicazione col sacco peritoneale, e che

stessa Clinica Chirurgica si verificò il secondo caso, cui ho superiormente accennato, e questo riguardava un giovane d'anni 18, che presentossi il 3 Marzo 1854 per essere accolto nello Spedale, desideroso di guarire di un antico tumore allo scroto, stato sempre ritenuto per un idrocele. Fu ammesso, ed ecco quanto intorno al medesimo si potè sapere:

Chiamavasi Pietro Torreggiani, era servente di professione, e nativo di S. Cristoforo. Portava il medesimo alla parte destra dello scroto un tumore, del quale non sapeva indicare in nessun modo lo sviluppo. Esso avea una figura piriforme, colla parte più grossa del volume di un pugno rivolta in basso; era liscio, molle, fluttuante, e trasparente in totalità. La pelle che lo copriva era inalterata. Fatto tossire l'infermo, ed applicata la mano alla regione inguinale non percepivasi alcun impulso. Tentato di ridurlo col taxis, questo riesciva affatto inutile. Rinvenuti perciò in questo tumore i caratteri di un idrocele, se ne praticò la puntura col trequarti colla quale si ebbe l'evacuazione di un liquido sieroso, e la scomparsa del tumore, e quindi tosto fu rimandato l'infermo alla propria abitazione.

Non erano scorsi due giorni dall'operazione, che la tumidezza dello scroto con meraviglia dell'infermo ritornò nella notte a presentarsi.

Entrato di nuovo nello Stabilimento Clinico, il Prof. *Rizzoli*, fatta considerazione alla rapidità colla quale era riapparsa la tumidezza, escluse molto probabilmente la rinnovazione dell'idrocele; diffatti eseguiti diligenti esami trovò che questa volta il detto tumore non era formato da raccolta sierosa, ma bensì di una porzione d'omento, essendo questo elastico, non fluttuante, disuguale nella sua superficie e nella consistenza, mostrandosi ottuso alla percussione, e non trasparente in qualsiasi punto.

Ciò ammesso, fu esperimentato il taxis, col quale si vide scomparire ben presto in totalità il tumore. Fu applicato un cinto, e creduto già d'avere provvisto a sufficienza al Torreggiani, lo si avrebbe rimandato, se il *Rizzoli* non avesse stimato meglio di tenerlo in osservazione anche per qualche giorno. Trascorsi altri due giorni da questo fatto, senza che l'infermo avesse mai abbandonato il cinto, comparve di nuovo allo stesso lato dello scroto un tumore di eguale forma degli antecedenti; e come la prima volta fluttuante, irriducibile, e trasparente in ogni punto. Per questo e per molte altre accurate indagini fatte dal *Rizzoli*, si potè stabilire, essere il Torreggiani affetto da *ernia epiploica congenita associata ad idrocele nella vaginale.* Posta tale diagnosi, e volendo pure

sti casi, fra la vaginale e la cavità del peritoneo, può da quella a questa trasportarsi, il che non venne giammai rilevato.

A dir vero rimasi alquanto dubbioso, quando il detto Clinico appena ebbe osservato il tumore escluse il diagnostico che pel primo io avea formulato, ed assicurò invece trattarsi di una malattia, che rare volte avea osservato, cioè dell'*idrocele acuto del sacco erniario*. A convalidare il suo asserto, non tardò a richiamare la nostra attenzione su diverse particolarità, che osservavansi in quella circostanza. La non difficile introduzione del dito nel canale inguinale, l'avere questo individuo presentato una piccola tumidezza di tratto in tratto dolorosa alla regione inguinale, costituita molto probabilmente dall'ernia, la forma del tumore, la eguaglianza della sua superficie e resistenza, l'ottusità alla percussione, il senso di fluttuazione che veniva dalle sue dita percepito, il vivo dolore, comparso prima d'ogni altra cosa, che provava l'infermo al più piccolo tocco in ogni punto della superficie del tumore, ed il modo del suo progresso, erano per il detto professore sintomi tutti, che non mettevano dubbio intorno alla diagnosi da lui emessa. Non per questo fu posto da banda ogni idea d'operazione, che al certo rimaneva unico mezzo di salvezza per il nostro infermo, se avesse dovuto continuare alquanto lo stato patologico surricordato. Ma il *Rizzoli* fermo nella diagnosi fatta, pensò di soprassedere ancora sull'atto operatorio, ed invece ricorrere a tutti quei mezzi che ritengonsi valevoli a sedare per quanto è possibile il processo flogistico, da cui dovea essere preso il peritoneo che nel nostro caso formava il sacco erniario. E quindi senz'altro, abbandonato ogni tentativo di ridurre il tumore col taxis, si rinnovarono gli empiastri, le frizioni calmanti-risolventi, s'amministrò l'olio di ricino epicraticamente, coadiuvato nella sua azione da clisteri purgativi, e per ultimo si ricorse al bagno generale. Da questo trattamento curativo il Monetti incominciò a migliorare per modo, che all'albeggiare del mattino dopo non avea più vomito, stipsi, non meteorismo addominale, invece notabile diminuizione del dolore; il tumore si era fatto più molle, più trattabile, insomma nulla mancava da potere ritenere con molta probabilità, che fra poco il Monetti, senza l'intervento di qualsiasi atto operatorio, sarebbe ritornato in salute. La diagnosi del *Rizzoli* per tal guisa veniva pienamente convalidata. Il torbido liquido contenuto nel sacco erniario a poco a poco rimase riassorbito, tutte le funzioni del Monetti ben presto si riordinarono, e non rimasta alcuna alterazione capace nè nel momento nè in seguito di causare danno al nostro infermo, si permise al medesimo di uscire dallo Spedale otto giorni dopo

Non poteasi credere un idrocele circoscritto o diffuso del funicolo spermatico, imperocchè in simili casi il liquido non

il suo ingresso, consigliandolo in pari tempo di munirsi almeno temporariamente di un adatto cinto, onde mettersi al sicuro da qualsiasi evenienza.

Il Monetti dopo cinque mesi dalla sua malattia presentossi di nuovo allo Spedale, e posso assicurare essere il medesimo ben lieto di avere potuto di continuo esercitare anche le più gravi fatiche del suo mestiere, senza menomamente risentirsi di qualsiasi molestia, specialmente poi di quella, che, come dissi in principio di questa storia, soffriva da parecchi anni alla regione inguinale destra. Aveva già abbandonato il cinto, che gli si consigliò; e dietro a dovute indagini, non riscontrossi all'inguine alcun impulso, segno manifesto che anche questa volta si era ottenuta per il fatto della sofferta malattia l'obliterazione delle aperture del sacco erniario.

Entrò pure nella Clinica Chirurgica il 24 Aprile 1864 Righi Ulisse, d'anni 33, bolognese, locandiere, di buona derivazione, di costituzione sana. Non ebbe mai a soffrire, a quanto asserisce, malattia di rilievo, se non si voglia tener calcolo di alcune affezioni sifilitiche contratte nei primi anni di sua giovinezza, e di un cardio-palma che lo molestò lungo tempo, senza però obbligarlo a desistere di adempiere ai suoi incombenti. A 30 anni prese moglie, ed in meno di due anni ebbe due figli sani e robusti. Quattro giorni prima del suo ingresso nello Spedale, essendosi esposto a cause reumatizzanti, fu preso ad un tratto da intenso freddo, susseguito da febbre violenta, a cui tennero dietro tutti i sintomi propri di un *catarro acuto bronchiale.* Nel mattino del giorno 22 Aprile, 3ª giornata di malattia, sotto l'urto della tosse, il Righi incominciò a soffrire un dolore piuttosto grave in corrispondenza dell'inguine destro, ove fra non molto s'accorse della presenza di un piccolo tumore, duro e dolentissimo alla pressione. Spaventato per tale accidente cercò ben presto del suo Medico, che visitatolo, lo consigliò di consultare il Prof. *Rizzoli* su quanto doveasi fare. Non pertanto abbandonò l'infermo senza alcun soccorso, che anzi fatta considerazione allo stato acuto infiammatorio da cui dovea essere preso il tumore, non potendo tollerare il più lieve tocco, ordinò una generosa applicazione di sanguisughe ed un cataplasma di linseme consecutivamente, non trascurando in pari tempo di amministrargli per uso interno l'olio di ricino. Nella sera dello stesso giorno

circondando il testicolo, questo con somma facilità può essere riscontrato dalla mano esploratrice del Chirurgo, fatto, che come

venne visitato dal *Rizzoli*, che trovatolo in condizioni non troppo lodevoli, lo persuase di entrare nello Spedale Clinico.

Come già si disse, nella mattina del giorno 24 Aprile fu accolto il Righi nell'Ospizio Clinico. Esso era in allora in preda ad un grave abbattimento sì fisico che morale. Avea febbre, tosse secca e frequente, per la quale veniva di continuo esacerbato il dolore che provava alla località del suaccennato tumore. Esaminato il torace mercè l'ascoltazione e percussione, trovaronsi tutti quei dati che appoggiavano la diagnosi già emessa di *catarro bronchiale*. Venuto quindi all'esame dell'addome, si rinvenne questo abbastanza trattabile, un po' meteorizzato, e nel suo quadrante inferiore, precisamente alla regione inguinale destra, appariva il tumore più sopra ricordato di figura piriforme, della grossezza di un pugno, teso, elastico, ed oscuramente fluttuante, che si estendeva dalla sunnominata regione, lungo la parte destra dello scroto per 10 centimetri. Si avea alla percussione ottusità perfetta in tutta la sua periferia; colla palpazione la superficie del tumore era eguale in ogni suo punto, solo notavasi differenza nella consistenza, giacchè compresso fra le dita il tumore nella sua parte superiore, veniva percepita la sensazione di un corpo di consistenza pastosa e di superficie irregolare. Il tumore era dolente, ma nondimeno provato di ridurlo blandemente col taxis, non si ebbe alcun risultato.

Una sola volta fu preso il Righi da vomito; una sola volta ebbe, in seguito a clisteri purgativi, una scarica alvina di materia solido-molle.

In tale condizione lo rivide il *Rizzoli*, che fattosi di nuovo ad esaminarlo, si confermò nel giudizio, già pronunciato nella sua prima visita, cioè di *idrocele acuto del sacco erniario*, *con ernia omentale incarcerata*.

Anche in questo caso il dolore che manifestossi per primo nella totalità del tumore, la sua forma, l'eguaglianza della sua superficie, il senso benchè oscuro della fluttuazione, l'ottusità completa, la non riducibilità, ed il peso stavano per il detto Prof. a favore dell'idrocele; la presenza poi dell'epiplocele veniva accertata dal trovarsi nella parte superiore del tumore l'indicato corpo, di consistenza pastosa, di irregolare figura, muto esso pure alla percussione. Di uno strozzamento violento di qualche ansa intestinale non era permesso il dubbio, atteso alla tenuità dei segni fisici e razionali relativi.

feci notare, non verificavasi in simile circostanza: non doveasi supporre l'idrocele della vaginale propria del testicolo, perchè

Stabilita la diagnosi dell'*idrocele acuto del sacco erniario*, con *ernia omentale mitemente strozzata*, la mente del *Rizzoli* non poteva di molto allontanarsi dai mezzi curativi, che sì egregiamente servirono nel caso di cui si parlò nell' antecedente storia. Talchè i lenitivi sì per uso interno, sì per clisteri, le unzioni coll' Atropo-belladonna, unita più tardi all' idrargirio, i cataplasmi ammollienti, formarono anche in questa circostanza il piano curativo. Più volte si cercò di riporre blandemente nella cavità addominale il protruso omento sempre senza successo. In ciò non molto s'insistette, perchè la presenza di questo omento poteva secondo il *Rizzoli*, considerarsi come circostanza favorevole, formando alcuna volta esso stesso attraverso il collo del sacco come una barriera alla discesa di qualche ansa intestinale.

Il catarro acuto bronchiale poteva cagionare qualche gravezza nell' andamento di questa ultima malattia, se ben tosto non fosse stato provveduto colla conveniente cura, che senza alcun indugio fu istituita.

Nulla si ebbe da aggiungere per qualche giorno al trattamento curativo; nessun altro fenomeno comparve a funestare le condizioni morbose del Righi. Lo stesso, nel giorno 28 Aprile, quarta giornata dell' idrocele, settima del catarro bronchiale, era senza febbre; rare volte veniva molestato dalla tosse, le funzioni del tubo digerente si compivano abbastanza regolarmente: il tumore era diminuito, meno teso, e quasi indolente. Nondimeno l'omento in seguito all' aderenze probabilmente contratte col sacco erniario, non si lasciava menomamente spostare.

La stessa cura unita all' assoluto riposo fu continuata sino al 7 Maggio nel qual giorno trovato il detto tumore costituito esclusivamente dell' omento, essendo già avvenuto l' assorbimento del liquido effuso contenuto nel sacco erniario, trovato che la porzione d' omento, che rimaneva entro lo scroto, era affatto indolente, capace di soffrire una certa pressione, fu applicato un cinto, con che intendevasi prevenire la discesa di qualche altro viscere, ed in pari tempo obliterare completamente mediante ulteriori aderenze dell' omento l' apertura erniaria.

Due giorni dopo l' infermo s' alzò; nessun disturbo gli arrecava il cinto, l' apertura interna del canale inguinale dovea essere perfettamente chiusa, non avendosi più alcun impulso a qualunque sforzo che dall' infermo venisse fatto. Rimase il Righi qualche altro giorno nello Spedale, ma continuando nel suo bene stare chiese nel giorno 14 Maggio, 21ª giornata dal suo ingresso, la sua dimissione, cosa che senza alcun ostacolo

al di sopra di esso si sarebbe sentito il funicolo quantunque breve: non queste due specie d'idrocele contemporaneamente,

gli venne accordata. Il Righi tuttora va munito del suo cinto, l'omento che rimase a formare tumore alla regione inguinale non ha subìto per anco alcuna modificazione, ma nullameno non prova alcuna molestia, e può liberamente disimpegnare le incombenze proprie del suo mestiere. Può in oggi il Righi abbandonare ancora il cinto, senza il timore di incorrere in qualche inconveniente, verificatosi sempre più per ulteriori esami il fatto della obliterazione dell'apertura erniaria.

A questi due ultimi fatti potrei aggiungerne un terzo, ma soltanto mi limiterò ad accennare che il soggetto, cui alludo è Stefano Cocchi, di buona famiglia, d'anni 56, impiegato nella ferrovia, e che per essere curato dal *Rizzoli* si decise di entrare nella Clinica il 4 Aprile. In tal caso fu fatta la stessa diagnosi della malattia del Righi, presso a poco la stessa cura; ed anche in questo si ottenne l'assorbimento dell'essudato, e la rimanenza dell'omento entro il sacco erniario. Nel giorno 30 Aprile il detto Cocchi lasciava lo Spedale per ritornare lungi da noi al suo impiego.

Ma nel Cocchi al contrario del Righi dopo parecchi mesi avvenne che in una notte l'omento rientrò del tutto nella cavità addominale, ed in allora avendo egli applicato un robusto cinto, fortunatamente ottenne la guarigione radicale dell'ernia.

Ed invero non è molto che il Cocchi ripatriando presentossi al *Rizzoli*, e lieto al medesimo appalesava che avea già abbandonato il cinto, e che senza alcun riguardo s'accingeva a qualsiasi operazione che a lui spettasse per ragione d'impiego. Il *Rizzoli* ben contento di verificare questo fatto, non potè ammetter dubbio sul rientramento dell'omento, e sulla guarigione perfetta dell'ernia.

Posto fine in tal guisa alle indicate storie, altro non mi resta che raccogliere in brevi parole, quanto e dalle medesime, e da alcuni altri casi d'idrocele del sacco, da me pure osservati nella Clinica, possa risultare. Già si è veduto che l'idrocele del sacco erniario consiste in una raccolta di liquido, risultanza quasi sempre di un processo flogistico, che invade le pareti componenti il medesimo sacco; ed a norma del grado di questa infiammazione, ne deriva l'idrocele, cui dassi il nome di *acuto* e *lento*. Già si è veduto che la raccolta fattasi nel sacco erniario è quasi sempre costituita da un umore portante tutti i caratteri del semplice siero, ma che alcune volte per la stessa flogosi passata in qualche punto del sacco a suppurazione vi si trova anche od esclusivamente della

perchè non essendovi comunicazione fra la vaginale propria del testicolo e del funicolo, piuttosto che riscontrare una

marcia. Queste due specie d'idrocele, che come una sola potrebbero venire considerate, debbono essere distinte dall' altra, a cui troverei molto appropriato il nome di *idrocele sintomatico*, essendo questo l'esclusivo prodotto di una malattia lontana di un qualche organo contenuto o nella cavità addominale, o in quella del torace. Dell' idrocele sì acuto che lento si constatarono inoltre nella Clinica del *Rizzoli* diverse varietà, in ognuna delle quali si notarono alcune particolarità che non sarà male se qui vengo seguitamente ad enumerarle:

1. Idrocele del sacco costituito dalla vaginale, non più comunicante colla cavità del peritoneo.
2. Idrocele del sacco costituito dal peritoneo non comunicante come sopra.
3. Idrocele del sacco in libera comunicazione colla cavità del peritoneo.
4. Idrocele del sacco complicato con ernia omentale.
5. Idrocele del sacco complicato con ernia intestinale.
6. Idrocele del sacco con enterocele ed epiplocele contemporaneamente (1).

La diagnosi specialmente del *semplice idrocele acuto* è assai difficile, quando l'individuo malato presenta apparentemente tutti i sintomi dello strozzamento violento erniario. Egli è per questo che fa d'uopo avvertire che il tumore rappresentato da simile malattia non potrebbe essere mentito che o da un'ernia di qualche viscere addominale, o da un ematocele, avuto riguardo alla sola sua rapida formazione.

Non è molto difficile il potere escludere l' *enterocele strozzato*, purchè si faccia attenzione ai caratteri particolari dell' *idrocele acuto.* Esso è, a quanto si disse, di figura piriforme, ottuso alla percussione, eguale nella superficie e nella consistenza, più pesante e dolentissimo al tatto in ogni suo punto. Ma innanzi tutto devesi bene ricordare quanto notò

(1) In alcuni di questi casi il Rizzoli ha osservato che l'ernia non è apparsa se non che dopo la evacuazione dell'umore raccolto nel sacco, e che le impediva di scendervi, il quale fatto deve porre in avvertenza i Chirurghi, acciocchè la nuova tumidezza riferibile all'ernia non sia ritenuta costituita dalla ripristinazione dell'idrocele, e non si ricorra quindi impropriamente alla punzione, od incisione del sacco, che potrebbe perciò essere susseguita da gravi od anche mortali conseguenze.

gonfiezza ovoide regolare, si sarebbe questa veduta depressa, o strozzata nel punto, che le due vaginali divide.

il Professor *Rizzoli* per convalidare la diagnosi dell' affezione da cui era infermo il Monetti, che abbiamo già veduto formare soggetto delle storie rappresentate. Quando il dolore sia primo nella comparsa d' ogni altro fenomeno, ed invada tutta la periferia del tumore, quanto il dito esploratore trovi bastantemente libere le aperture ed il tragitto del canale inguinale, quando questo dito non avvertirà alcun corpo consistente, che pur dovrebbe trovarsi nella cavità del medesimo canale, il Chirurgo, crede il *Rizzoli*, potrà essere certo che il tumore dello scroto non è formato dalla discesa di qualche porzione dei visceri addominali, ma con sicurezza potrà ritenere, qualora trovansi tutti gli altri caratteri suesposti, trattarsi di idrocele acuto del sacco erniario. Per questi ultimi dati e pure per tutti gli altri, non potrà rimanere incerta la diagnosi riguardo all'epiplocele, che, ancor quando non fosse possibile di penetrare nel canale inguinale, e la diagnosi di quest'ultimo tumore in conseguenza della sua ottusità riescisse forse un po' più difficoltata, la palpazione non mancherebbe mai a far conoscere la presenza di un corpo di superficie irregolare, e di consistenza diversa nei suoi diversi punti (1); ed a tal proposito gioverebbe ancora il riflettere, se l'idrocele fosse in tal caso accompagnato da tutti i sintomi i più gravi dello strozzamento violento intestinale, come indicammo nella storia del Monetti, che ben raramente questi si verificano nell'ernia omentale.

Dell' ematocele è inutile ogni parola, perchè riesce troppo facile comprendere come si possa venirne alla esclusione.

Ora rimane a conoscere come ed in qual modo si possa stabilire la diagnosi del *semplice idrocele lento*, ed eliminare ad una ad una tutte le malattie, colle quali potrebbe essere confuso; diagnostico che se alcune volte è meno importante, lo è però in qualche caso più difficile.

L'*idrocele lento*, in cui non è sì rapida la formazione, non è accompagnato da sì intenso dolore, e dall' intero quadro fenomenologico dei strangolamenti erniari, e che per lo più succede in chi è ernioso da

(1) E qui accade acconcia un' avvertenza che si legge nell'articolo della Gazette des Hôpitaux da me accennato, che cioè per non essere ingannati da una falsa fluttuazione, non bisogna esercitare sul tumore delle piccole pressioni a scosse (saccadées), ma piuttosto una specie di schiacciamento (froissement) con pressioni laterali, ed in allora si acquista sotto le dita la sensazione di un corpo fungoso e molle, caratteri che convengono all' omento.

Era egli possibile che un cirsocele avesse parte a formare quella tumidezza morbosa? Era egli possibile che sotto i forti

molto tempo, e perciò spesso si trova complicato a qualche ernia; l'*idrocele lento*, ripeto, potrebbe venire sbagliato coll'idrocele volgare, con tumori erniari mitemente strozzati, coll'ematocele, e con malattie proprie del testicolo.

Ad ammettere l'*idrocele per sè*, basta por mente alle cose già indicate riguardo alla diagnosi dell'idrocele *acuto*, che tutte servono a meraviglia anche in questo caso, senza che le medesime mi faccia a replicare. Questo idrocele non può essere creduto *idrocele volgare*, per il modo diverso del suo sviluppo, per la presenza spesse volte di qualche ernia, e più particolarmente per la sua opacità. Non può essere creduto *entero od epiplocele* per tutte le ragioni che anche in questa circostanza tornano all'uopo già dette superiormente. Non può tenersi per un *ematocele*, per la mancanza d'ogni causa traumatica, per la maggiore mollezza, e perchè nell'ematocele manca affatto ogni disturbo gastro-enterico. Non può essere finalmente confuso con veruna malattia del testicolo, perchè il medesimo nella maggior parte dei casi trovasi ben distinto nella parte posteriore e superiore dello scroto.

Se poi l'idrocele acuto e lento fosse associato alle diverse complicazioni accennate superiormente, la diagnosi di queste ultime risulterebbe precisamente dal trovarsi presenti tutti quei caratteri, tutti quei sintomi, che sinora abbiamo mostrati come quelli che pur valgono al diagnostico suo differenziale. Solo non mancherò d'avvertire che nell'idrocele del sacco formato dalla vaginale, la completa trasparenza non manca mai a torre ogni dubbio sul tumore (1). Che il liquido contenuto nel sacco erniario sia o no comunicante col cavo addominale, la semplice pressione ne apporta la conoscenza.

L'etiologia dell'*idrocele* sì *acuto* che *lento* non è ancora bene determinata, solo il fatto mostra che alcune cause meccaniche e specialmente le mali applicazioni dei cinti, ed alcune di quelle cagioni capaci a produrre ernia, possono a preferenza col loro intervento concorrere alla formazione dei detti idroceli.

(1) La trasparenza si osserva specialmente quando l'idrocele è nella vaginale. Quasi mai quando il sacco è formato dal peritoneo, tanto più che in questi casi lo siero d'ordinario è più torbido.

premiti ingorgatesi le vene del funicolo spermatico di sangue, distratte quindi, e distese le loro pareti, e distesi pure e

Almeno pei fatti finora accaduti nella Clinica Chirurgica, risulta felice l'esito, col quale termina la malattia in discorso. Anzi per le benefiche conseguenze che con o senza operazione apporta alcuna volta, deve essere riguardato dal Chirurgo in alcune circostanze come salutare. Diffatti noi abbiamo già veduto a guarire dell'ernia gl'individui, dei quali ho tenuto parola.

Non fa d'uopo che mi perda a ripetere quale sia il trattamento curativo preferibile, perchè a ciò che si fece nei casi da me addimostrati, nulla saprei aggiungere, e perchè tal piano curativo, a mio parere, deve essere quello da cui ogni pratico non può allontanarsi.

E poi, conosciuta la natura, l'andamento, e le complicazioni di questo genere di malattia, facile riescirà al Chirurgo usare quei mezzi terapeutici che vengono addimandati da speciali circostanze.

Ciò esposto, non vi sarà più alcun dubbio che la retta conoscenza di questa malattia possa ridondare a sommo vantaggio dell'egra umanità, essendo in oggi manifesto, che per la detta conoscenza alcuni infermi scampavano da grave operazione chirurgica, che per la stessa in alcune circostanze si potè dal *Rizzoli* istituire un adatto metodo curativo, mercè del quale si ottennero esiti coronati del più felice risultato; che invece posta altra diagnosi o con improprie manovre, o con qualche altro mezzo curativo, si sarebbero già aggravate le condizioni morbose del sacco, da rendersi indispensabile un atto operatorio, oppure si sarebbero certamente distrutte le aderenze valevoli nel nostro caso o alla semplice chiusura del collo del sacco, od all'adesione del medesimo coll'omento, da cui poteva essere attraversato.

Molte e diverse altre cose potrebbero ancora essere aggiunte su tale argomento, forse più d'importanza di quanto sin qui esposi; ma stimo per ora essere per me miglior partito dar termine piuttosto a questo mio lavoro colle seguenti annotazioni:

1. Che sino dall'anno 1852 il nostro Clinico Prof. *Rizzoli* adottava, quale mezzo curativo nei casi di idrocele del sacco erniario, il metodo dell'incisione come viene consigliato nella cura dell'idrocele volgare.

2. Che nei casi da me riferiti è stato costantemente preferito il metodo dell'incisione alla puntura col trequarti unita all'iniezione della tintura iodale, perchè si ritiene molto più sicuro sì per evitare i pericoli che potrebbero susseguire all'introduzione anche di poca quantità dell'iodio nel cavo addominale, qualora nel praticare l'iniezione le formatesi

distratti gl' inviluppi membranosi che le circondano, ne fosse nata una infiammazione che minacciasse tante ruine? Nò certamente, perchè anche in questi casi, oltrechè il testicolo può sentirsi colle dita con non molta difficoltà, il tumore sarebbe quasi totalmente scomparso coricandosi in letto l'infermo, e ripreso avrebbè nella posizione eretta immediatamente il primiero volume, pel precipitare che fa entro i dilatati vasi il sangue venoso, lo che nel nostro individuo non osservavasi, e non erasi giammai osservato.

Rendevasi inutile il pensare, che a produrre quella gonfiezza concorresse qualche compatta produzione morbosa, uno scirro, o qualsiasi altro tumore di maligna natura che minacciasse degenerare, giacchè quasi tutti questi mali non sono congeniti, perchè alcuni di essi molto tempo prima avrebbero indotte rapide e mortali degenerazioni, perchè simili degenerazioni non potevano dar luogo a fenomeni tanto precipitosi e minaccianti così da vicino la vita, e perchè in qualunque specie di benigno o maligno tumore da cui fosse affetto il testicolo, non avrebbe avuto luogo la totale mancanza delle alvine evacuazioni, che notavasi ad onta degli energici e replicati espedienti in questo infermo adoperati.

aderenze al collo del sacco si rompessero, e sì ancora per ottenere più facilmente la guarigione radicale dell'ernia.

3. Che nei medesimi si è sempre constatata non solo la guarigione dell'idrocele, ma anche l'obliterazione dell' apertura erniaria in quei casi pure in cui nel sacco erniario si conteneva del pus.

4. Che questo stesso risultato in alcuni casi associati a manifesta infiammazione si è ottenuto altresì mercè del solo trattamento curativo antiflogistico, pel che fa mestieri di non essere molto solleciti nell'aprire questi tumori.

5. Che la guarigione radicale dell' ernia si è ottenuta senza l'intervento dell'omento, che serva da turacciuolo attraverso il collo del sacco erniario, come vorrebbe il *Burlaud*.

6. Che finalmente la guarigione nei casi suesposti è sempre stata costante.

Era adunque questo il caso in cui si avesse a curare quella particolare specie di ernia inguinale congenita incarcerata chiamata nascosta, già conosciuta dal *Chopart*, dal *Desault*, e dal *Monteggia*, e di cui una descrizione abbastanza esatta dobbiamo al *Dupuytren*?

Formasi l'ernia inguinale congenita, comunemente detta nascosta, come i Chirurghi ben sanno, in quegl'individui in cui il testicolo disceso dall'addome entro il canale inguinale, quivi in qualche punto soffermasi, e lascia campo alla vaginale comune che lo riveste, e che trovasi ancora in comunicazione col peritoneo, di ammettere non solo quelle porzioni intestinali che hanno tendenza ad insinuarsi dentr' essa, ma ben anco, come punto più declive del ventre, quella copia qualunque di sierosità che nel cavo peritoneale si trova raccolta. In seguito di che la tunica vaginale stessa, spinta in avanti ed in basso dal siero e dai visceri che penetrano entro di lei, si distende, si amplia e cuopre vasi, siero, intestino e lo stesso testicolo che trovasi contro la parete posteriore ed inferiore del canale inguinale; dal che appunto ha origine quella tumidezza che ha tratto in inganno anche i più esperti pratici, e che è formata da fluidi, e da molli tessuti, alcuni dei quali cedono, rientrano ed escono dall'addome con molta agevolezza, quali sono gli umori e le porzioni di visceri contenuti entro la vaginale, mentre altri premuti che siano dolgono ed oppongono una invincibile resistenza a tutti gli sforzi di riduzione, come il testicolo, ed il corrispondente funicolo. Ma nel caso di cui io parlo, in verità sembrava a primo aspetto non si dovesse neppure sospettare questa specie di ernia, la quale poi si fosse strozzata. Imperocchè essendo carattere distintivo di essa, allorchè non è presa da strozzamento, la facile riducibilità del siero e delle porzioni viscerali discese nella vaginale, e la irriducibilità del testicolo, avrebbe perciò l'infermo dovuto accorgersi, prima che l'ernia rimanesse strozzata, particolarmente quando trovavasi in letto collocato, del notabile

rimpiccolimento avvenuto nel volume del tumore, in causa del rientrare che fanno in questo caso le fuori uscite parti con qualche agevolezza nella cavità dell'addome, avrebbero i Chirurghi, che esaminarono questo individuo, potuto riescire a riporre queste stesse parti nel ventre. Ma l'infermo asseriva che in qualunque posizione si fosse trovato non si era giammai accorto di alcuna manifesta diminuzione del tumore, i Chirurghi che in varie epoche esaminato l'avevano, non erano giammai riusciti a riscontrarlo.

Nulladimeno la natura dei morbosi fenomeni da cui era questo giovine tormentato, facendo però grandemente temere trovarsi il medesimo in realtà affetto da ernia strozzata, dubitai per questo che in simile caso si trattasse bensì di un'ernia inguinale congenita occulta, ma che probabilmente le piccole porzioni viscerali che concorrevano a formarla, da lunghissimo tempo, e fin da quando l'infermo cominciò a risentire in essa alcuni dolori, avessero contratte così forti aderenze coi tessuti vicini, da venir loro impedito di rientrare nell'addome naturalmente, o di esservi spinte dalla mano del Chirurgo; dal che appunto risultar ne dovea che la inguinale gonfiezza non andava soggetta ad alcun cangiamento assai marcato nella forma e nel volume, in qualsivoglia posizione si trovasse il malato, qualunque tentativo di riduzione si facesse.

In seguito di che, incalzando maggiormente i fenomeni morbosi, e non ammansandosi ad onta che si replicasse il salasso, che si ordinasse il bagno tiepido generale, che si continuasse nell'uso dei fomenti e dei clisteri, giudicai conveniente, piuttosto che lasciare in preda a certa morte il malato, di scuoprire e di incidere (come avea fatto felicemente non molto innanzi in uno speziale che trovavasi in circostanze a questa molto analoghe) quel canale inguinale, di mettere a nudo le parti nel medesimo contenute, e di assicurarmi così se avevo colpito nella diagnosi; la quale, se pure si fosse verificata, m'avrebbe dato campo di togliere quella

strozzatura che, continuando, potea rendersi in breve tempo mortale.

Allestito pertanto quanto occorrere potea onde eseguire simile operazione, e collocato l' infermo in conveniente posizione, incisi gl' integumenti e la fascia superficiale lungo l' andata del canale inguinale del lato destro per l' estensione di circa otto centimetri; mi si presentò allora l' aponeurosi del muscolo obliquo esterno, nella quale alcuni millimetri al di sopra del legamento del Falloppio, e verso la sua parte media, feci col bistorino un piccolo taglio, che in seguito, colla scorta della tenta scannellata, potei dilatare tanto all' esterno quanto all' interno in modo da ridurlo alla medesima lunghezza dell' incisione che aveva eseguita nei sovrapposti integumenti. Dopo di che sollevato coll' indice della mia mano sinistra il margine inferiore del muscolo obliquo interno e del trasverso, trovai subito un sacco membranoso fluttuante, nella parte anteriore del quale feci un' apertura che, dilatata per mezzo del bistorino, lasciò uscire circa 50 grammi di siero. Esaminata quindi l' interna cavità di questo sacco, rilevai che la medesima conteneva una piccola porzione di omento ingrossato ed indurito, di figura globosa, non che il testicolo ed il funicolo. Osservata debitamente la porzione di viscere fuori escita, mi fu facile lo assicurarmi che la medesima, per mezzo di robuste ed antiche aderenze, era riunita colla interna superficie della vaginale comune in corrispondenza all'interno anello inguinale, le quali aderenze impedendo all' omento di rientrare nell' addome anche prima che l' ernia rimanesse strozzata, davano ragione del perchè il volume e la forma del tumore non andavan soggetti a marcatissimi cangiamenti.

Resa certa adunque in tal modo la diagnosi fatta, non rimanea che a riporre nel ventre il viscere fuori escito. D' altronde i robusti ed estesi attacchi che rinvenivansi fra l' omento e la vaginale, mi trattenevano da farlo, temendo in questo caso ciò che la esperienza ha mostrato aver luogo quasi sempre in simili circostanze, e cioè che

l'omento stesso a motivo delle molte incisioni e lacerazioni necessarie a togliere le forti contratte aderenze, rimanesse in guisa tale alterato da passare, attesa la poca vitalità di cui è fornito, a suppurazione od a cancrena, con gravissimo rischio dell'ammalato.

Per il che volendo seguire i consigli dei più distinti Chirurghi, non rimanea che a sbrigliare il collo della vaginale e il corrispondente interno anello inguinale onde togliere la strozzatura, ed in allora, o lasciare l'omento ove si trovava ed aspettare che presa la di lui superficie da suppurazione si ricuoprisse in seguito di cicatrice, od invece allacciarlo e farlo così cadere in cancrena, o molto meglio completamente reciderlo.

Ma intorno a ciò io credo conveniente d'inculcare, in ispecial modo ai giovani chirurghi di far bene attenzione, prima di ricorrere all'uno o all'altro di tali partiti, ai morbosi fenomeni che presentò l'ammalato nel tempo della strozzatura, il che ommettendo, a rischio mortale può il medesimo esporsi.

Allorchè in fatti accompagnarono lo strozzamento dell'ernia il vomito assai violento e di frequenza ripetuto, allorchè fu impossibile il procurare qualche anche piccola alvina evacuazione, e la vita dell'infermo è in brevissimo tempo minacciata, se nell'eseguire l'erniotomia agli occhi del Chirurgo si presenta soltanto l'omento, non si dia quiete per questo, e piuttosto che pensare immediatamente a riporlo nel ventre, od a tenore delle circostanze a reciderlo od allacciarlo, fatto invece riflesso che nelle ernie semplicemente omentali strozzate il vomito non è d'ordinario così violento e ripetuto come in quelle nelle quali si contengono intestini, che nelle prime ben di frequente si ottengono alvine evacuazioni, e mancano invece quasi sempre nelle altre, che in quelle i sintomi non si succedono come in queste così gravi e precipitosi, non ommetta perciò il Chirurgo stesso esame alcuno che valga ad assicurarlo se. oltre l'omento, anche

qualche porzione d'intestino è strozzata. E ben son lieto di non avere ommessa tale avvertenza in due donne che operai allo spedale del Ricovero sono già scorsi molti anni di ernia crurale incarcerata, e che aveano presentati i sintomi razionali indicanti la strozzatura intestinale. In queste, aperto il sacco erniario e trovato l'omento tumido e resistente, non lo riposi già senza altro esame nel ventre, ma fattomi calcolo dei predetti morbosi fenomeni, cercai appunto d'assicurarmi se qualche tratto d'intestino era pure preso da strozzatura. Non trovando però porzione alcuna di questo viscere entro il sacco erniario o nelle sue adiacenze, non trovando, come ci insegnò lo *Scarpa*, l'omento aderente alla posteriore interna superficie del sacco in modo da nascondere dietro sè lo strozzato intestino, dubitai per questo che l'intestino stesso, al primo entrare nel canale inguinale, incontrato l'epiploon l'avesse spinto in avanti nello stesso modo che spinge innanzi quella porzione di peritoneo che concorre a formare il sacco erniario, e che come, da questo, fosse parimenti da quello rinchiuso. Con tale sospetto tagliato perciò anteriormente ed a piccoli strati l'ingrossato, indurito e sfigurato epiploon, rinvenni infatti in ambidue i casi entro il medesimo una piccola ansa intestinale, la quale essendo strozzata dal collo che formava in alto l'omento stesso, non potè disimpegnarsi da questo senza averlo in antecedenza largamente sbrigliato. Il che rende chiaro che chi, senza porre attenzione ai fenomeni presentati dalle inferme, trovato l'omento l'avesse riposto nel ventre, la strozzatura che l'omento stesso induceva nell'intestino, avrebbe fatto prontamente cader questo in cancrena. Che se incontrati degli ostacoli alla riduzione si fosse creduto miglior partito di allacciarlo o reciderlo, allacciato in allora, e reciso in unione all'omento l'intestino che in esso conteneasi, alle più temibili conseguenze si sarebbero esposte le operate.

Avendo adunque rilevato nel caso di cui ho data la storia, i sintomi razionali d'intestinale strozzatura, e non trovando

intestino entro la vaginale, temetti perciò che anche in simile circostanza l'omento, il quale come dissi avea prese forti aderenze colla superficie interna del collo della vaginale, porzione d'intestino racchiudesse; motivo per cui, piuttosto che limitarmi a sbrigliare soltanto il collo della vaginale ed il corrispondente interno anello inguinale onde togliere lo strozzamento da cui l'omento stesso era preso, e lungi dal reciderlo od allacciarlo, tagliai a piccoli strati nella sua faccia anteriore l'epiploon e misi infatti allo scoperto così una piccolissima porzione d'intestino vicinissima a passare in cancrena, che trovai strozzata da un durissimo cercine formato dall'omento in corrispondenza all'interno foro inguinale. In questa guisa essendomi riescito facile il togliere la strozzatura intestinale incidendo con un bistorino bottonato all'esterno ed in alto l'omentale cercine, il collo della vaginale, e l'interno foro inguinale, potei allora con molta agevolezza riporre l'intestino nella cavità dell'addome. Non convenendo poi per le addotte ragioni, a motivo delle contratte aderenze, cercar pure di introdurre l'epiploon, stimai molto meglio il reciderlo piuttosto che lasciarlo nella posizione ove trovavasi onde evitare il rischio che infiammandosi, e perciò ingrossando, e che altrettanto avvenendo nell'orlo dell'anello, lo stesso epiploon rimanesse da questo strozzato, e non amai di allacciarlo, pel riflesso che così operando avrei esposto l'infermo ai pericoli di una nuova strozzatura che dovea invece a tutta possa cercar di evitare. Asportato dunque l'omento senza che si presentasse emorragia tale da indurre ad allacciare qualche vaso sanguigno, insinuai uno stuello di fila lungo il foro inguinale interno, applicai sulla ferita alcune faldelle di fila e compresse, e tenni il tutto in sito per mezzo di adattata fasciatura (1).

(1) Se le cautele usate nell'operare quest'ernia erano in simile circostanza indispensabili, nei casi più comuni peraltro. e qualora mediante l'esame

Così eseguita l'operazione, cessò immediatamente il vomito, l'infermo, perdute nel volto le più temibili marche, cominciò ad emettere, con grande sollievo ed in molta abbondanza, le fecali materie.

Nei giorni appresso, medicata nei soliti modi la piaga, dopo aver corsi colla maggiore regolarità i diversi periodi della suppurazione, ricopertasi di cicatrice, non più l'ernia ricomparendo, lasciò campo all'infermo di dedicarsi nuovamente e senza soffrire verun incomodo alle occupazioni primiere, nelle quali tuttora egualmente bene continua.

Il felice risultato ottenuto in questo caso singolare di ernia nel quale il testicolo non era normalmente disceso nello scroto, mi invogliò, come già accennai, ad intraprendere degli studi particolari intorno questa specie di erniosi tumori, non essendosene in addietro i chirurghi seriamente occupati. I primi di cotali studi furono da me resi noti alla nostra Accademia delle Scienze nella tornata del 20 Dicembre 1855, ed a questi, altri ne aggiunsi che, in un con quelli, mi condussero a nuove ed utili pratiche applicazioni.

Dirò adunque per prima cosa che mediante simili studi mi riescì di scuoprire diciotto varietà dell'accennata specie di ernia (1).

Nella 1.ª varietà comprendo quelle ernie nelle quali il testicolo è ancora rinchiuso nella cavità dell'addome, ed in cui la falda peritoneale, che avrebbe costituito il processo vaginale se il testicolo fosse disceso nello scroto, è spinta invece sola lungo il canale inguinale dal viscere che va a

dell'ernia, specialmente se vasta e scrotale, fatto ancora accostandovi la fiamma di una candela, mi accorgo dalla sua trasparenza indotta dalla molta copia di siero nella cavità del sacco accumulata, in allora col bistorino entro di un tratto nel sacco ove la trasparenza è maggiore, e così in un lampo d'ordinario compio l'operazione.

(1) Rendiconto delle Sessioni dell'Accademia delle Scienze 1855, e 1856 e Memoria della stessa Accademia Vol. 7.° 1856 e 1860, e 1861 dal Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna anno 1864.

formare l'ernia, e così ha luogo un'ernia inguinale obliqua esterna congenita, in cui manca il testicolo nel canale inguinale e nello scroto.

Nella 2.ª, l'ernia è nel canale inguinale, ed il testicolo rimane a cavalcione del foro inguinale interno.

Nella 3.ª, il testicolo è già disceso nel canale dell'inguine, rimanendo avviluppato dal processo vaginale in un coi visceri che concorrono a formare l'ernia.

Nella 4.ª, questi visceri hanno prese tali aderenze col testicolo, o si sono fatti ipertrofici in modo da non potere essere respinti entro la cavità addominale.

Nella 5.ª, una porzione di omento aderisce ed ottura il processo vaginale in corrispondenza del foro inguinale interno, e l'ernia è associata ad idrocele del processo vaginale entro cui nuota il testicolo.

Nella 6.ª, il testicolo ed il funicolo, hanno contratti attacchi coi tessuti che costituiscono la superficie interna della cavità erniaria, cuoprendo del tutto od in parte le porzioni dei visceri protrusi.

Nella 7.ª, l'intestino che forma l'ernia è rivestito, non solo dal processo vaginale, ma ben anco da un sacco particolare formato dall'omento, il quale sacco ha un collo proprio.

Nella 8.ª, il testicolo ed i visceri erniosi, mal compressi all'inguine da improprio cinto, forzato il margine superiore del canale inguinale si sono insinuati in totalità od in parte fra i corrispondenti strati muscolari costituiti dai larghi muscoli dell'addome.

Nella 9.ª, il testicolo è fermo nel canale inguinale, il processo vaginale del peritoneo si è obliterato in prossimità del foro inguinale interno, e l'ernia, che trovasi all'inguine, è rivestita da un sacco peritoneale proprio, come nelle ernie volgari.

Nella 10.ª, il testicolo compreso nell'ernia è appena abbozzato od atrofico (1).

Nella 11.ª, gli attacchi del testicolo coi tessuti adiacenti sono così deboli, il foro inguinale interno così ampio, da poter permettere che il testicolo stesso, in un coi visceri protrusi, siano spinti entro l'addominale cavità.

Nella 12.ª, si osserva questo di particolare, che l'epididimo in parte staccato dalla glandola seminale ed allungato, giunge, passando attraverso l'anello inguinale esterno, fino alla parte superiore dello scroto. *Cock* ha notomizzato un'ernia inguinale congenita che presentava questa particolarità. La porzione inferiore dell'epididimo, e le circonvoluzioni del canale deferente, erano circondate di grasso e di tessuto cellulare in modo, da costituire un tumore rotondo ricoperto dal processo vaginale, simulante il testicolo, per il quale fu preso nell'operazione dell'ernia. La glandola seminale era situata al di sopra dell'anello inguinale esterno. Di questi spostamenti dell'epididimo, oltre alcuni altri autori, ne hanno parlato in ispecie *Cloquet*, e *Galliu* (2). In un caso in cui osservai tale varietà di ernia congenita, trovai questo di particolare e cioè, che mentre il testicolo e l'epididimo mantenevansi nelle regioni sunnotate, il processo vaginale era disceso fino al fondo dello scroto, e conteneva una voluminosa ansa intestinale strozzata, e non piccola copia di sierosità.

Nella 13.ª, il testicolo è uscito dal foro inguinale esterno contro cui rimane fisso, il processo vaginale ha presa ade-

(1) Nel Novembre 1868, operai nello Spedale Maggiore un giovine di 22 anni, assai gracile, d'un'ernia nel canale inguinale destro congenita e caucrenata, associata alla presenza nello stesso canale del testicolo che era grosso come una piccola nocciuola, mentre poi il corrispondente corto funicolo era della grossezza del dito mignolo. La stessa anatomica innormalità osservavasi nel testicolo e funicolo dell'altro lato, mentre poi lo scroto era appena abbozzato.

(2) Traité pratique des maladies du testicule etc. par Curling. traduit de l'anglais par Gosselén. Article 171, pag. 24.

renza attorno al funicolo, non già all' apertura inguinale interna, ma poco sopra il testicolo; per cui il viscere ernioso si è insinuato entro il processo vaginale rimasto pervio nel canale inguinale, ed è isolato dal testicolo sottoposto, il quale può riscontrarsi dell' ordinario volume, od invece atrofico.

Nella 14.ª, il testicolo è un poco disceso nello scroto, il processo vaginale ha quivi pure prese aderenze col funicolo un po' al di sopra del testicolo, ed ha permesso la formazione di un' ernia inguinale congenita simile a quella della antecedente varietà, associata però ad idrocele della vaginale che ricuopre il testicolo.

Nella 15.ª, il processo vaginale ha contratte aderenze tutto all' intorno col corto funicolo verso la sua metà. Penetrato l' intestino nella porzione superiore rimasta pervia, spinge in basso il tramezzo che divide la cavità superiore del processo vaginale dalla inferiore, e dal medesimo ricoperto, entro questa si insinua, e si arresta contro il testicolo in alto soffermato, e lo oltrepassa.

Nella 16.ª, l' intestino non potendo superare le aderenze contratte col funicolo dal processo vaginale nel tratto summentovato, si infossa nella parete posteriore del vaginale processo che riveste in alto il funicolo, si approfonda lungo i vasi spermatici, ed oltrepassando le indicate aderenze, giunto verso il testicolo non profondamente disceso nello scroto, fa in allora sporgenza sotto la vaginale che avvolge il testicolo stesso.

Nella 17.ª, il testicolo arrestatosi nella regione alta dello scroto, aperto essendo completamente il processo vaginale, è compreso nell' ernia.

Nella 18.ª, il testicolo soffermato in alto nello scroto non è rinchiuso nell' ernia, essendosi il processo vaginale nel normale modo obliterato. L' ernia congenita che si osserva in questo caso è, come la volgare, ricoperta da un sacco proprio somministratole dal peritoneo; la quale ernia qualche volta

si arresta all' inguine, qualche altra discende nello scroto, o vi si approfonda anche in modo da oltrepassare il testicolo: e differisce da quella indicata nella 9.ª varietà soltanto perchè l' organo separatore del seme ha attraversato ancora l' esterno foro inguinale.

A queste varietà di ernia osservate nell' uomo, può secondo me fare seguito un' altra che notasi nelle femmine, vale a dire, quell' ernia inguinale congenita che racchiude l' ovaia, o sola, o in un colla tuba faloppiana, avendo quest' ernia, per quanto a me pare, molta analogia colle descritte, ed offrendo quasi le medesime difficoltà nel trattamento curativo.

Dalla esposizione delle indicate varietà di ernia, ognuno di leggieri comprende quanti vantaggi dalla loro conoscenza potrà ritrarre il chirurgo sia per stabilirne la diagnosi, sia per intraprenderne la cura, tanto se si offriranno libere e riducibili, quanto se mostreransi irriducibili, od incarcerate.

E di vero, per quanto spetta alle incarcerate, basterà solo lo accennare che infruttuoso renderebbesi il tassi incruento in alcuni casi se il chirurgo non sapesse che l' impedimento all' ingresso dell' ernia nell' addome è costituito qualche volta soltanto dal testicolo soffermatosi contro l' erniaria apertura, e se per ridurle non approfittasse quindi in simili casi dei consigli del *Richter* e del processo dell' illustre Professore *G. B. Borelli*, col quale mediante le dita, spostato essendo il testicolo da quella innormale posizione, è in allora permesso all' ernia di entrare nell' addome.

Rispetto poi alle libere, sonovene alcune le quali quantunque tali, pure hanno posto senza frutto l'ingegno dei chirurghi a tortura onde trovare modo di contenerle; ma siccome nel curarle colsi io invece buon frutto, così parmi opportuno lo esporre ora tutto quello che intorno le medesime ho fatto.

Sul cominciare dell' anno 1860, presentavasi a me Angelo Mazzacurati ventenne, cameriere, e mi narrava che da alcuni mesi soffriva assai gravi incomodi, i quali erano riferibili ad

un' ernia inguinale destra, che egli portava fino dalla nascita, e che era in modo notabile cresciuta, in causa di non averla mai potuta contenere con qualsiasi mezzo meccanico. Postomi ad esaminarlo trovai in quel canale un tumore molle, elastico, della grossezza poco meno di un pugno, che conobbi manifestamente costituito, non solo da anse intestinali, ma ben anco dal testicolo soffermatosi nel canale inguinale, il quale soffriva tale pressione da derivarne sofferenze, che fattesi nell' infermo insopportabili, lo costringevano a desistere dai proprii lavori ed a cercar calma nel riposo.

Il Mazzacurati mostrandosi volonteroso d' assoggettarsi a tutto quanto potesse servire a liberarlo dai suoi patimenti, ed a garantirlo ben anco dai pericoli che lo minacciavano, continuando a rimanere coll' ernia non ridotta, si determinò di entrare nella mia Clinica onde esservi curato, ove venne accolto nel Febbraio del 1860.

Rendendosi manifesto pei ripetuti esperimenti che vennero pure da me fatti, che in questo giovane era impossibile il potere contener l' ernia col cinto, o con qualsiasi altra industria meccanica, in causa della brevità del funicolo cui era appeso il testicolo, mi fèci a considerare se in lui fosse stato opportuno l' adottare quello stesso operatorio processo, che pel primo io esperimentai pure in Clinica con esito felice in un contadinello affetto anch' esso da ernia inguinale congenita incontenibile, associata alla presenza del testicolo nel canale dell' inguine; del quale fatto diedi contezza all' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna nella sessione del 20 Dicembre 1855 (1).

Quel contadinello avea nome Pietro Biagini, trovavasi nell' età di 18 anni, mostravasi ben conformato, ed era nato

(1) Rendiconto delle Sessioni dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna, Anno Accademico 1855-56, e Memorie dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto pure di Bologna Vol. VII. 1856.

da genitori sani, e robusti, i quali mi raccontarono che quando ei fu venuto alla luce si accorsero, che il di lui testicolo destro non era per anco disceso nello scroto, ma trovavasi soffermato nella regione dell' inguine, ove presentavasi una tumidezza, la quale però aumentava di volume appena il neonato mandava qualche vagito, e tornava come prima mantenendolo sdraiato, e in lui il pianto cessando.

Di ciò per altro non fecero alcun calcolo, giacchè Pietro potè giugnere all' età di 10 anni senza soffrire in quella regione alcuna rilevante molestia, e senza andare soggetto a qualche notevole morboso fenomeno.

Soltanto da quell' epoca in poi cominciò di tratto in tratto a risentire qualche dolore all' anzidetto inguine ed al ventre, del che avvertitane la madre, quella buona donna non seppe che consigliargli.

Passò egli così altri sette anni, quando un giorno facendo violento sforzo, sentì vivo dolore all' indicata regione, che maggiormente intumidì, e di tanto crebbero i dolori da obbligare il Biagini a porsi in letto, ed a fare ricercare un chirurgo acciò lo soccorresse.

Ritenne questi che la notevole dolorosa tumidezza che all' inguine rilevavasi, si dovesse al testicolo ivi soffermatosi e preso da infiammazione: non escluse però il sospetto della complicazione di un' ernia, vi fece applicare larghi empiastri di lin seme, prescrisse il riposo, e la dieta. Con ciò non molte ore dopo l' infermo si sentì migliorato a tal segno, ed il tumore di tanto diminuì, da permettergli il giorno appresso d' alzarsi dal letto.

Ma scorse altre due o tre giornate, datosi il giovane contadino ai lavori campestri, ben presto avvertì di non potere più reggere alle usate fatiche, pochi e lievi sforzi bastando a far sì che il tumore dell' inguine nuovamente ingrossasse, e gli arrecasse tale dolore da obbligarlo a desistere dal lavoro, e da costringerlo a sdraiarsi sul letto. Quivi però postosi, premendo dolcemente il tumore, quasi sempre con facilità

svaniva, ed avevano così fine i di lui patimenti, pronti per altro ad insorgere appena dedicavasi alle fatiche, alle quali dovette quindi rinunziare.

Stanco pertanto ed annoiato di una vita così inerte ed oziosa, sentendo il bisogno di agire, invidiando l'attività e l'energia de' suoi compagni, niun vantaggio ricavando dai mezzi meccanici più adatti applicati su quella morbosa località, onde tentare di rendersi capace all'azione, disposto a sottoporsi anche a pericoli affine di liberarsi d'un male per lui tanto grave, chiese il mio consiglio.

Il caso era invero importante, e per questo prima di esaminarlo minutamente accolsi, per maggiore istruzione degli studenti, il giovane nella Clinica Chirurgica di questa Università, il che ebbe luogo nel giorno 24 del Maggio 1855 e lo affidai alla sorveglianza del diligentissimo alunno signor Dott. *Salvatori*.

Osservato in allora quel contadinello con diligenza dopo averlo posto su di un letto in posizione orizzontale supina, si rilevò nella regione inguinale destra quella tumidezza che confermammo essere formata dal testicolo corrispondente ivi arrestato, e non disceso per anco nello scroto. La tumidezza era raffigurata da un corpo ovoide alquanto schiacciato, della grossezza di un piccolo ovo di piccione, attaccato a corto peduncolo, alquanto mobile per entro il canale inguinale, e che non si riesciva di spingere nella cavità dell'addome in causa della ristrettezza del foro inguinale interno e degli attacchi che aveva contratti colle parti adiacenti; quel corpo non poteasi neppure insinuare attraverso il foro inguinale esterno, essendo il medesimo tuttora obliterato dalla membrana pellucida. Introducendo nei debiti modi il dito attraverso il foro inguinale interno, penetravasi nella cavità dell'addome. Tolto il dito, e facendo tossire l'infermo, la tumidezza all'inguine facevasi molto maggiore, il foro inguinale interno si riempiva, ritornava la tumidezza al volume di prima, rimaneva libero lo stesso foro inguinale facendo delle pressioni sulla tumidezza

istessa dal basso all'alto nella direzione del canale inguinale, aumentava poi la medesima notabilmente tenendo l'infermo in piedi, facendolo tossire, o camminare, e ritornava del volume di prima adagiandolo di nuovo, o sul tumore delicatamente premendo.

Per questi dati parve a me si potesse ritenere che quella tumidezza fosse costituita da un'ernia inguinale congenita occulta, ed appartenesse ad una di quelle varietà nelle quali il testicolo si presenta in tali condizioni da non permettere di mantenerla ridotta coi mezzi meccanici fin qui conosciuti.

Era per altro a me necessario qualche dato di più onde potere stabilire con certezza se i visceri, i quali andavano a formare l'ernia, si insinuassero realmente entro la vaginale del testicolo e del funicolo perchè ancor pervia, o se invece essendo al momento della nascita del nostro Pietro la vaginale stessa già aderente al funicolo in vicinanza all'anello inguinale interno, i visceri si fossero per questo nel medesimo insinuati, ricoperti da un sacco particolare loro somministrato dal peritoneo; ma dagli anamnestici risultando che subito dopo la nascita di esso Pietro i di lui genitori eransi già accorti che la inguinale tumidezza mostravasi maggiore quando il bambino mandava alcuni vagiti, che a produrla non vi era concorso qualsiasi notevole sforzo o meccanica cagione, che la medesima non presentavasi bilobata, ma uniforme in ogni suo punto e non separata dal testicolo, come avrebbe dovuto essere se i visceri erniosi, lungi dal trovarsi rinchiusi nella vaginale, avessero presa loro stanza in un sacco particolare formato da un prolungamento del peritoneo, mi convinsi a questa specie di ernia non doversi la medesima riferire.

Fatti pertanto certi noi pure, che l'infermo non poteva tollerare qualsivoglia ingegno meccanico diretto a contenere l'ernia in modo che gli potesse permettere qualche fatica, ed essendo egli quindi costretto a vivere in quella inerzia, che non poteva conciliarsi coi propri bisogni, tornava perciò

ragionevole, ed umano il pensare a rinvenire mezzo che valesse a porre l'infermo in condizioni tali da permettergli quelle fatiche alle quali ardentemente bramava di sottoporsi, ed alle quali pure attesa la sua condizione era destinato.

In ciò per altro volendo riescire, e la medicina operatoria non offrendo mezzi idonei all'uopo, parve a me fosse sanzionabile lo esperimentare una particolare cruenta operazione la quale, dopo non pochi riflessi, eseguii nel modo che verrò esponendo.

La cagione per la quale quell'ernia non poteva essere contenuta dal cinto e le gravi conseguenze che da ciò derivavano, eran tutte dovute al testicolo soffermato nel canale inguinale. Quel testicolo infatti non potendo essere debitamente spostato, impediva l'applicazione del cinto, quel testicolo niegando l'uso del cinto dava campo all'ernia di presentarsi all'inguine, quel testicolo e quell'ernia non tollerando neppure l'applicazione di qualsivoglia anche blando mezzo meccanico che servisse almeno a sostenerla e ad impedirne l'aumento, obbligava a lasciarla senza riparo alcuno, e quell'ernia così abbandonata portava perciò gli enumerati gravi danni all'infermo, e poteva, qualora si fosse strozzata, minacciarlo ancora di morte assai pronta.

Dunque bisognava togliere da quel posto il testicolo, onde aver campo almeno d'applicare all'inguine un cinto che valesse ad impedire la discesa dell'ernia, ed evitarne i pericoli. Che se a tanto vantaggio avessi pure potuto riunire quello di guarire radicalmente l'ernia stessa, avrei in allora ottenuto quel bene cui giugnere non esigeva l'infermo.

La prima idea pertanto che mi si doveva affacciare alla mente era quella d'imitare l'esempio di parecchi antichi chirurghi, e di alcuni moderni ancora, i quali demolirono il testicolo e corrispondente funicolo per guarire ernie volgari dell'inguine, o dello scroto. Pratica che nel mio infermo sarebbe stata tanto più sanzionabile, avuto riguardo alle gravi condizioni in cui esso trovavasi.

Da questa deliberazione per altro io rifuggiva facendo riflesso, che demolendo un testicolo a quel paziente, il quale trovavasi nel primo fiore della gioventù, lo privava di uno di quegli organi che servono all' energia degli atti generativi, e che danno all'uomo le impronte della forza e del vigore, e lo esponevo forse alla derisione ed agli scherni dei suoi compagni, senza che ad onta di un tanto sagrificio io potessi in lui far sorgere la speranza di ottenere, ridotta che fosse l' ernia, con maggiore probabilità la guarigione radicale della medesima.

Per il che volendo pure conservare il testicolo, e porgere efficace soccorso all' infermo, ideai di aprire per il lungo il canale inguinale, di incidere pure in tutta la sua lunghezza la vaginale che dava ricetto ai visceri erniosi, di togliere gli attacchi che legavano il testicolo alle vicine parti, ed isolato che fosse, d' incidere il foro inguinale interno in modo da dare passaggio al testicolo, e permettere di spingerlo e mantenerlo per sempre entro la cavità dell' addome.

In simile guisa operando potevo maggiormente sperare che, posto il testicolo entro il cavo addominale, le incisioni fatte nella vaginale e nell' anello inguinale interno, avessero dato luogo, attesa la giovanile età dell' operato, più facilmente allo sviluppo di quel grado di infiammazione che fosse capace di accrescere i lavori di riparazione in modo da favorire l' obliterazione dell' interno foro inguinale e della cavità entro cui l' ernia discendeva.

Oltre di che, incisi gli attacchi che fermavano il testicolo nel canale inguinale, e spinto che quello fosse entro la cavità dell' addome, sperare ben anco si poteva, che versandosi linfa plastica dalle piccole incisioni fatte alla di lui esterna superficie col fine di isolarlo, quella linfa si organizzasse in modo da riunirlo alle interne parti colle quali andava a porsi in contatto, e tolti gli antichi vincoli, fosse pure allontanata

una delle più potenti cagioni per cui il testicolo stesso tendeva a rimanere fisso nell' inguine.

Che se la fortuna non mi avesse completamente sorriso, e l'operato non fosse guarito radicalmente dell' ernia, mi rimaneva però, così operando, almeno la certezza, che niun ostacolo avrei incontrato alla facile applicazione di un cinto, che servisse a mantener l' ernia nel miglior modo ridotta.

Per tutto ciò non avendo motivi di ritardare l' operazione, mi accinsi a praticarla la mattina del 26 Maggio 1855.

Ordinato ad un assistente d' insinuare l' apice del dito indice della sua mano destra nel foro inguinale interno, onde contenere i visceri erniosi che io aveva già ridotti, feci una incisione di sei centimetri nel derma, seguendo la direzione del canale inguinale. Giunto così alla fascia superficiale ed a quel tratto d' aponeurosi del muscolo obliquo esterno che forma la esterna parete del canale inguinale, la incisi nella medesima direzione colla quale avevo tagliati i tegumenti, come pure, dopo avere rialzato il margine inferiore del muscolo obliquo interno e del trasverso, di pari modo incisi gli strati membranosi che in quella regione cuoprono la vaginale del testicolo e del funicolo. Giunto su questa, trovai qualche difficoltà ad aprirla, in quanto che il testicolo ed il funicolo i di cui vasi erano alquanto sparpagliati, avevano presi degli attacchi anteriormente, originando così, a seconda della classificazione da me fatta, la sesta varietà di ernia inguinale congenita occulta.

Scoperta che ebbi la vaginale verso la sua parete superiore, potei inciderla in modo da farmi strada dentr' essa col dito, ed allargarne con sicurezza l' apertura fatta di tanto, da poterne dominare l' interna di lei cavità senza offendere il funicolo ed il testicolo. Da questa apertura escì poca copia di siero. Una piccola porzione di omento presentossi allora verso la parte esterna e superiore di detta cavità, porzione di omento che venne immediatamente ridotta. Portati i miei esami al foro inguinale interno, mi confermai non essere

ampio in modo da potere dare libero passaggio al testicolo, per cui vi feci alcune scalfiture, e così il testicolo stesso, isolato in antecedenza in un col funicolo dalle vicine parti, potè essere spinto con molta facilità per quella via entro l'addome, dopo di che venne medicata la ferita colle regole d'arte. Nella sera il polso dell'operato essendo piuttosto pieno, si prescrisse un salasso, si fece iniettare un clistere onde evacuare l'alvo, e si mantenne l'infermo in quiete ed in dieta severa.

Nel giorno appresso il Biagini accusando dolore nella regione operata, ed i polsi mantenendosi pieni, si ripetè la sanguigna, e gli si somministrò una porzione tamarindata; nella sera fu prescritto l'olio di ricino per ottenere alvine evacuazioni.

Alla terza giornata dall'operazione il malato era nelle più lodevoli condizioni; levato l'apparecchio di medicatura, si trovarono gl' integumenti ad esso sottoposti un poco infiammati, e per questo si usò della medicatura umida cogli empiastri.

Col progredire dei giorni la risvegliatasi tegumentale infiammazione andò man mano scemando, per cui giunti alla 14.ª giornata dall' operazione, la ferita presentò così belli caratteri da permettere l'aumento del vitto all'operato.

Niun altro inconveniente disturbò il felicissimo corso di questa cura, la cicatrice regolarmente si andò formando, obliterossi del tutto la cavità della vaginale e l'interno foro inguinale, e con ciò si ottenne la radicale guarigione dell'ernia, per cui ai primi di Giugno licenziai lietissimo il mio operato dalla Clinica, ove poi non era più prudenza trattenerlo, in quanto che essendosi sviluppato il Colèra Asiatico in alcuni individui nella medesima accolti, poteva sorgere il timore che anche esso ne rimanesse colpito e si perdesse così il frutto dei pensieri e delle premure che per lui mi era prese. Lo munii però a maggiore sicurezza di un cinto, e lo rividi dopo tre mesi dall'eseguita operazione fra' suoi non

più scarno, non più triste e melanconico, ma forte, ben pasciuto, pieno di energia e di allegrezza per la ottenuta radicale guarigione. La quale si mantenne, quantunque il Biagini abusando del suo bene stare, ommesso qualche volta l' uso del cinto, si fosse dato in preda alle fatiche più laboriose (1).

Prima però di determinarmi ad approfittare di questa operazione, istessa nel Mazzacurati, volli assicurarmi se in lui rinvenivansi tutti quegli estremi che rendere la potevano giustificabile, o se invece qualche particolarità si riscontrasse in questo caso, che permettere potesse di sostituirvi un' altra operazione, la quale in sè riunisse anche maggiore semplicità, e non minore sicurezza.

E diffatti, per l' attento esame che io feci di quell' ernioso tumore essendomi assicurato, che il testicolo sostenuto da breve funicolo era libero, e non aveva contratta aderenza alcuna colle parti che lo racchiudevano, al contrario di quanto nel Biagini era avvenuto, mi si rese quindi manifesto che, in causa di codesta propizia circostanza, non occorrendo isolare il testicolo dalle vicine parti, invece d' aprire ampiamente la parete anteriore del tumore onde porre a nudo il testicolo, poteasi rendere sufficiente lo ampliare soltanto mercè incisioni sottocutanee l' interno foro inguinale che all' ernia corrispondeva, acciocchè il testicolo potesse attraversarlo, ed essere spinto e mantenuto nel cavo addominale.

Ma sebbene così operando avessi di molto semplificato l' atto operatorio, ed esposto quindi a molto minore rischio l' infermo, pur tuttavia ponendo mente che non di rado nella

(1) Questo fatto conduce a consigliare i chirurghi di approfittare ancora del processo da me descritto, quando la necessità li obbliga ad eseguire l' erniotomia per strozzamento di simili ernie, onde riescire almeno, ogniqualvolta coll' indicata operazione non si ottenga la guarigione radicale dell' ernia, a poterla in seguito contenere col cinto.

regione dell'interno foro inguinale hanno luogo anomalie anatomiche, non sempre determinabili prima di incidere l'anello, per le quali anche colla indicata sottocutanea incisione avrebbero potuto derivarne lesioni capaci d'indurre conseguenze molto temibili, la volli risparmiare, e preferii fare il tentativo di sostituirvi la semplice dilatazione graduale incruenta sottocutanea dello stesso anello (1).

Pertanto la mattina del giorno 25 Febbraio 1860, collocato l' infermo su di un letto, supino, colle gambe e coscie rialzate e poste nell'adduzione, mi misi alla di lui destra, e spinsi i visceri che formavano l'ernia entro l'addominale cavità. Dopo di che, per allargare l'interno foro dell'inguine in modo che potesse concedere al testicolo compreso nell'ernia di attraversarlo, arrovesciai col polpastrello del mio dito indice, entro l'indicato foro inguinale interno, la lassa ed assottigliata parete anteriore del canale inguinale ricoperta dal tegumento e resa così sottile pel volume acquistato dal tumore; poscia piegato il polpastrello dello stesso dito indice destro ad uncino, stirai con esso dolcemente l'orlo dell'anello allo esterno ed in alto, e ne ottenni in breve tale dilatazione da potermi permettere di insinuare ancora in quella apertura il dito medio della stessa mano, e divaricare ambedue le dita in modo d'ottenere, senza lacerazione alcuna, quell'allargamento dell'anello che era indispensabile, acciocchè il testicolo lo attraversasse. Ritirate diffatti le dita, presi il testicolo, e portatolo di contro al più volte nominato spiraglio, con leggiere pressioni su quello esercitate colle stesse

(1) In un preparato anatomico di cui feci dono alla nostra Società Medico-Chirurgica, e descritto dall'onorevolissimo sig. dott. Pistocchi nel Bullettino delle Scienze Mediche (1851), si scorge che in simile caso l'ernia inguino-scrotale era diretta e che l'interna apertura erniaria trovavasi nella sua posteriore parete attorniata completamente da un cerchio costituito da piccoli vasi arteriosi ricoperti dal peritoneo, i quali dal lato che guardavano il pube derivavano dall'arteria ombelicale che mantenevasi pervia, dall'altro lato dall'arteria epigastrica.

mie dita, sollecitamente lo attraversò e si nascose nell'addominale cavità.

Applicato immediatamente un cinto che io aveva a bella posta fatto disporre, ritenni prudente cosa il consigliare all'operato di non alzarsi, come avrebbe potuto, ma di rimanersi in letto, ove si trattenne per quattro giorni, non mancando io di farlo sorvegliare per esser ben sicuro che il cinto non si smuovesse, e valesse invece ad impedire la nuova discesa dell'ernia e del testicolo. In ciò essendo pienamente riescito, permisi in allora al Mazzacurati di alzarsi e di passeggiare, e lo potè fare senza il più che piccolo disturbo. Cominciossi poscia a togliere all'operato il cinto del tutto per circa un'ora ogni giorno prima che scendesse dal letto, senza che nè l'ernia, nè il testicolo uscissero dall'addome; ed essendosi già l'interno foro inguinale notabilmente ristretto, si licenziò il Mazzacurati dallo Spedale il giorno 15 Marzo, decimo ottavo cioè dall'operazione subìta.

Fu egli di poi per qualche tempo diligente nel premunirsi col cinto, e così non solo il testicolo rimase nascosto nel ventre, ma si ottenne altresì che l'ernia non facesse più mostra di sè.

Non molto dopo, e cioè nel giorno 19 Agosto 1860, venne accolto nella mia Clinica il bracciante Giuseppe Lambertini, d'anni 42, il quale cadendo dall'alto, aveva portata una frattura della fibola sinistra nel suo quarto superiore. L'egregio Medico Chirurgo Assistente, Sig. Dott. L. Golinelli, che aveva pel primo visitato l'infermo, mi fece avvertito, che il medesimo portava all'inguine destro una grossa ernia nella quale era compreso il testicolo. Esaminato da me l'infermo, rilevai diffatti al suo inguine destro un tumore ernioso, del volume di un ovo di tacchina, che l'infermo asseriva portare fino dalla nascita, e che era andato man mano crescendo senza arrecargli grave molestia.

Spinte le anse intestinali che lo costituivano entro l'addome, rinvenni allora nel canale inguinale stesso il testicolo

appeso pure a corto funicolo. Il testicolo, sebbene fosse del volume ordinario, non poteva però attraversare il foro inguinale interno essendo poco ampio. Stirato a più riprese il testicolo stesso dolcemente in basso, affine di allungare il breve funicolo in modo da potere riescire ad applicare un cinto che servisse a contenere l'ernia, l'infermo mostravasi così addolorato da costringere ad abbandonare questo divisamento, e da consigliare invece di ricorrere a più opportuno mezzo che permettere potesse di contenere l'ernia, e garantirlo dai pericoli che, senza di ciò, ad ogni istante potevano minacciarlo.

Questo benefizio io poteva ottenere col mio metodo operatorio, e cioè togliendo il testicolo dal canale inguinale ove era soffermato e spingendolo entro l'addome. Il quale metodo operatorio, libero essendo nel mio ernioso da ogni innormale attacco il testicolo, avrei potuto eseguire, senza incidere il sacco che conteneva l'ernia e senza sbrigliare l'anello inguinale come feci nel Biagini, ed anco senza prevalermi delle sottocutanee incisioni per ampliare l'anello stesso, ma col semplice ed incruento processo di dilatazione dell'interno foro inguinale che ho superiormente riferito.

Nè mi doveva distogliere dal praticarlo il dubbio che, in causa della non giovanile età del mio infermo, l'allargato interno foro inguinale non potesse di poi restringersi in modo da evitare la nuova discesa dell'ernia, avvegnachè io avrei potuto allora contenerla col cinto, e perchè l'antica e la moderna esperienza aveano mostrato che, in circostanze analoghe, l'indicato pericolo puossi scansare.

E diffatti nell'operare l'ernia strangolata, sebbene fra gli antichi l'*Arnaud* (1), il *Thevenin* (2), il *Le Blanc* (3), pel timore d'incidere l'anello strozzante lo ampliassero soltanto

(1) Mém. de chirurg.
(2) Ouvres de Thevenin 1669.
(3) Nouvelle méthode d'operer les hernies pag. 148.

mercè dilatatori metallici di diversa forma, ottennero ciò nullameno risultati così felici, i quali cotanto animarono il *Le Blanc* stesso, da indurlo a proporre la medesima forzata dilatazione per tentare la radicale guarigione delle ernie libere (1). E fra i moderni, anche più brillanti e felici risultati osservarono nell'incarceramento dell' ernia l' *Antin*, il *Servais*, l'*Ossicurs*, lo *Schuormaus*, il *Van-Hoeter*, il *Deladrière*, usando della dilatazione alla maniera di *Seutin* (2), non aprendo cioè il sacco erniario, e spesso ancora non incidendo menomamente i tessuti che lo ricuoprono, ma limitandosi soltanto ad ismagliare l' anello strangolante col dito, con una spatola, o, come fece il Palamidessi, con un uncino particolare (3).

E quando particolari circostanze obbligarono a preferire l' apertura del sacco, io stesso per ben più volte sono riescito non solo ad ampliare e smagliare con agevolezza il cingolo strozzante, insinuando dolcemente e gradatamente il dito fra il viscere protruso ed il cingolo stesso, evitando così con tanta maggiore sicurezza nei casi di anomalie dei vasi arteriosi adiacenti il pericolo di offenderli e di originare emorragie più o meno temibili, ma ho ottenuto pur anco in alcuni casi la successiva guarigione radicale dell' ernia.

Per tutti questi fatti adunque, ed in ispecial modo poi all' appoggio di quanto da me venne nel Mazzacurati veduto, non trovando più motivo che trattenere mi dovesse d' operare pure il Lambertini col processo in quello da me adottato con tanto vantaggio, gliene feci proposta, prevenendolo in pari tempo che rifiutandosi egli a questa innocente operazione, in causa di non essere la di lui ernia in alcun altro modo contenibile, sarebbe stato perciò di continuo esposto al pericolo gravissimo dell' incarceramento della medesima.

(1) Velpeau; Nouveaux éléments de médicine operatoire. Bruxelles 1832 pag. 346.

(2) Seutin; de l'étranglement herniaire, moyen de la faire cesser sans recourir à l'operation sanglante. Bruxelles 1856.

(3) Gazzetta Medica Italiana Toscana. Anno IV. Serie 2.ª Tomo 2.°

Dato egli ascolto ai miei consigli, l'operazione venne eseguita il giorno 25 Agosto, non controindicandola lo stato dell'offeso arto inferiore sinistro.

Tenuto perciò l'infermo nel suo letto in posizione supina, e fattagli rialzare la coscia cui corrispondeva l'ernia inguinale, insinuai l'estremità dell'indice della mia mano destra nell'apertura inguinale interna spingendo innanzi la flaccida ed assottigliata parete anteriore del canale inguinale, e piegata la estremità di quel dito ad uncino, stirai in alto ed allo esterno il corrispondente bordo dell'anello, il quale anello si ampliò con tanta facilità da permettermi di insinuarvi attraverso immediatamente il testicolo, e costringerlo a penetrare nell'addome. Applicata poscia su quel canale inguinale una fasciatura compressiva e mantenutavela nei quattro successivi giorni, conobbi manifestamente allora che il testicolo non aveva più tendenza ad escire dal foro inguinale interno, essendosi quel forame di bel nuovo notabilmente ristretto, per cui potei allora applicare un cinto che servì a contenere l'ernia a meraviglia. Guarito il Lambertini della frattura della fibola, cominciò ad alzarsi dal letto ed a camminare per le sale dello Spedale, senza risentire il più che piccolo incomodo all'inguine compresso dal cinto, e senza che l'intestino ernioso ed il testicolo escissero dall'addome, il che permise di licenziare l'infermo dallo Spedale stesso verso la metà del successivo Ottobre; dopo di che egli poco tardò a darsi con tutta sicurezza alle sue laboriose fatiche.

Entrò pure in Clinica il giorno 17 Febbraio 1862 Paolo Mengoli da Corticella, d'anni 32, contadino, coniugato, di robusta costituzione, il quale ci raccontò che era giunto ai 25 anni sempre sano, se si eccettui l'essere soggetto qualche volta ad alcune molestie derivanti da una congenita imperfezione per la quale il testicolo destro, invece di discendere nello scroto come il compagno, erasi fermato nel canale inguinale.

All'età indicata essendosi esposto a cause reumatizzanti, fu preso da pleuritide sinistra, che guarì in seguito a cura

regolare in termine di un mese circa. Dopo ciò l'infermo non fu più soggetto a malattia. Peraltro in sull' andare del Gennaio 1861, camminando, avvertì improvvisamente un senso di stiramento alla regione inguinale destra, come se una parte di viscere fosse venuta fuori dalla cavità dell'addome; tale sensazione fu accompagnata da dolore, che si fece sempre più molesto specialmente nel camminare. Tornato a stento a casa, fu costretto a coricarsi, ed allora cessò il dolore, per cui credendosi guarito, si diede di nuovo alle proprie occupazioni. Non andò guari però che si avvide non essere realmente risanato, perchè poco appresso tornarono ripetutamente in iscena quei medesimi fenomeni, che sofferti avea poco innanzi.

Questo stato non essendo compatibile colla vita laboriosa a cui era il Mengoli condannato, lo fece risolvere ad entrare in Clinica onde esservi curato. Un diligente esame istituito rese allora patente quanto appresso.

Basso ventre leggermente teso e un poco dolente alla pressione, in ispecial modo alla regione ipogastrica. Al canale inguinale destro scorgevasi un tumore della grandezza di una piccola noce, che riconoscevasi alla palpazione essere il testicolo mancante nello scroto, e mai discesovi.

Ponendo una mano al di sopra di questa gonfiezza, e precisamente in corrispondenza dell'anello inguinale interno, e facendo tossire l'infermo, si avvertiva nella mano un impulso comunicato dai visceri contenuti nell'addome. Se il malato si esaminava in piedi, si notava al di sopra della tumidezza formata dal testicolo un'altra piccola gonfiezza elastica, dolente alla pressione, che era quella appunto che cagionava tutti i disturbi dell'infermo.

Questa gonfiezza era facilmente riducibile, e bastava solo a farla scomparire la posizione orizzontale supina del malato. Il testicolo era mobilissimo nel canale inguinale, ma non poteva attraversare nessun anello, perchè inferiormente la

brevità del cordone spermatico, superiormente la ristrettezza di quell'anello, lo impedivano.

Per tutto ciò riconosciuto avendo trattarsi in questo caso della terza varietà di ernia inguinale congenita da me descritta, in cui per la posizione presa dal testicolo e per la brevità del funicolo rendevasi impossibile il contenerla mediante il cinto od altro ingegno meccanico, mi determinai, dopo aver ridotta l'ernia, di fare la dilatazione graduale dell' anello inguinale interno col mezzo del dito, e come avea nei suaccennati casi praticato. Così potei senza recare dolore al Mengoli spingere il testicolo nell' addominale cavità, e poscia applicare un cinto che aveva fatto appositamente disporre. Questo semplice e pronto mezzo ridonogli il primiero stato di salute, che gode pure tuttavia.

Adoperando però questo processo, sorse a taluno un timore che, quantunque di poca entità, io desiderava dissipare. Col medesimo venendo spinto e mantenuto il testicolo entro l'addome, si temette perciò che esso testicolo non fruendo più della solita mobilità, potesse venir colto dall' atrofia. Una eventuale circostanza fece dileguare simile dubbio.

E di vero, erano già scorsi più di sei anni da che il Mazzacurati, il quale fu il primo ad essere da me operato colla semplice dilatazione sottocutanea dello interno foro inguinale, era guarito, quando in seguito d'un violento sforzo da esso lui fatto, mentre non era munito del cinto, riapparve il testicolo rimasto fino allora imprigionato entro l'addome, e non solo entrò nell'inguine, ma discese nello scroto, facendo così conoscere che il funicolo si era notabilmente allungato, e che la forma ed il volume del testicolo erano quali alle glandole seminali si addicono nello stato di normalità. In simile circostanza, mantenni il testicolo fermo nello scroto ed applicai superiormente ad esso un cinto, e così la smagliatura formatasi nell' interna apertura inguinale ben presto cicatrizzò e si assodò in modo, da non aversi ora più traccia

alcuna dell' ernia sofferta. Per cautela però, il Mazzacurati continua a premunirsi del brachiere.

Anche per questa osservazione avendo io ulteriore motivo di lodarmi del nuovo processo, lo posi in pratica poco dopo in un mio scolaro in cui notavasi la 10.ª varietà d' ernia intrainguinale da me descritta, nella quale cioè il testicolo ed il funicolo sono appena abbozzati, od atrofici. Aveva egli fino al dì in cui io lo vidi, condotta una vita quanto può mai dirsi penosa, giacchè nessun mezzo meccanico, diretto a contenere l' ernia, poteva essere applicato. Vi ripiegai subito spingendo il mio dito indice nell' angusto foro inguinale interno in modo da allargarlo quanto bastava per farvi passare il piccolo testicolo, e nasconderlo in un coll' ernia nell' addome, poscia applicai un cinto alla inguinaglia. Essendo egli partito da Bologna, mi mandava di poi mediante un suo compagno di studi i più fervidi ringraziamenti pel ben essere di cui fruiva e che non aveva giammai potuto gustare per lo innanzi.

Ad onta dei brillanti risultati da me ottenuti con questo processo, non me ne valgo però, come ne venne già dato cenno nei fascicoli di Marzo e di Ottobre 1862 del nostro Bullettino delle Scienze Mediche, se non se quando è impossibile il fare discendere gradatamente il testicolo nello scroto. In quei casi infatti in cui il funicolo può essere alquanto disteso senza patimenti dell' infermo, dopo avere a diverse riprese stirato a poco a poco il testicolo ed il funicolo in basso verso lo scroto mercè le dita, e dopo avere così ottenuto in più o meno lungo periodo di tempo un sufficiente allungamento del funicolo, applico un cinto onde contenere l' ernia, il quale cinto ha il cuscinetto di figura semilunare e viene collocato all' inguine in modo che la di lui porzione superiore convessa poggi contro l' interno foro inguinale, la concava guardi allo interno ed allo ingiù in modo che il testicolo ne venga abbracciato, e sia costretto a dirigersi in basso, e possa così più agevolmente insinuarsi nello scroto. A facilitare poi maggiormente la discesa del

testicolo mediante il ricordato mezzo meccanico, giova notare che, man mano si ottiene un abbassamento della glandola verso lo scroto, occorre rendere meno pronunziata la concavità del cuscinetto, sicchè, appena nello scroto è penetrato il testicolo, possa allora collocarsi un cinto ordinario per contenere l'ernia ed ottenerne ancora di simile guisa la guarigione radicale (1).

In un caso però molto raro dovetti ricorrere ad un altro ripiego. Mi venne tempo fa presentato dal Signor Dottor *Bordoni* un Nobile Signore di Mecerata, dell'età di 55 anni, il quale, col nascere, portò seco un'ernia inguinale destra in cui era compreso il testicolo. Abbandonata quest'ernia a sè stessa crebbe molto di volume, per cui parecchi anni or sono il Nobile Signore mi venne a ricercare onde avere da me qualche consiglio, ma non avendomi trovato ebbe ricorso ad altri Chirurghi i quali fecero applicare alcuni ripari che, oltre essere di enorme mole, non servivano che a comprimere l'esterno foro inguinale, ed a costituire un vero ed insopportabile ciliccio.

Intanto avvenne che l'ernia non potendo discendere nello scroto per l'ostacolo che gli opponeva all'inguine l'impropria cintura, cominciò a forzare il margine superiore del canale inguinale, ad insinuarsi fra gl'interstizii dei muscoli addominali, e ad originare così la 8.ª varietà di ernia da me notata, ossia quell'ernia inguinale interstiziale che è associata alla presenza del testicolo nello stesso canale, la quale ernia in questo caso era enorme.

Bramoso l'infermo, se pure era possibile, di liberarsi dagli incomodi e dalle pene che quell'ernia e quel meccanismo gli arrecavano, erasi per questo a me di nuovo diretto.

(1) Anche l'illustre Prof. Cav. *Borelli*, come rilevasi da una sua Memoria di recente pubblicata, ha ottenuto, in analoghi casi, di fare discendere il testicolo nello scroto mediante le trazioni e l'applicazione del cinto.

Avendo io notato in questo caso che, pel lungo stanziare dell'ernia nell'inguine e per la mole da essa acquistata, difficile se ne rendeva la riduzione, così per agevolarla feci giacere l'infermo supino in letto per alcune giornate, ed ottenutane di tale guisa la riposizione, mi studiai in allora di stabilmente contenerla. E dapprima trovato avendo il testicolo libero da ogni attacco colle vicine parti, feci alcuni tentativi per conoscere se poteva ottenersi di spingerlo a poco a poco verso lo scroto in guisa da riescire ad applicare nel modo surriferito un adatto brachiere; ma a ciò non prestandosi, fui costretto di abbandonare questo progetto e di pensare invece ad altro provvedimento. Stava quindi per decidermi a fare entrare il testicolo in un coll'ernia entro l'addome, quando mi accorsi che in virtù dell'ampiezza acquistata dal canale inguinale, esso testicolo poteva in un col corto funicolo cui era appeso, deviare dalla naturale direzione e ripiegarsi in alto al punto di escita dello interno foro inguinale in modo da collocarsi fra gl'interstizi dei muscoli addominali; così poteva rimanere al disotto di esso tanto spazio da permettere l'applicazione di un cinto capace di contenere l'ernia. Approfittando adunque di questa favorevole circostanza, tenuto il testicolo fermo nella indicata posizione ed applicato il cinto, contenni diffatti facilmente l'ernia, senza che l'infermo, nel testicolo e nella regione compressa, avvertisse molestia alcuna.

Dopo diversi giorni di prova, il nobile infermo pieno di giubilo per essersi liberato con un mezzo così semplice di penosissimi incomodi che per tanti anni lo avevano travagliato, e sicuro di evitare lo strozzamento dell'ernia da cui in addietro era continuamente minacciato, fece ritorno a Macerata sua patria, ma nel giorno 20 Luglio volle recarsi appositamente a Bologna onde di nuovo ringraziarmi pel beneficio ottenuto, ed affinchè m'assicurassi, come difatto mi resi certo, che l'ernia si manteneva benissimo e senza incomodo alcuno ridotta, restando il testicolo tuttora rivolto

in alto e nascosto fra gl' interstizi muscolari di quella regione.

Dissi superiormente che alle varietà di ernie da me notate nell' uomo, poteva fare seguito un' altra che osservasi nella femmina, vale a dire quell' ernia inguinale congenita che racchiude l' ovaia; giacchè codest' ernia, per quanto io mi penso, ha molta analogia colla descritta, e può in alcuni casi prestarsi al medesimo trattamento.

Ne vidi un caso molti anni or sono, il quale offrì particolarità così importanti da meritare di essere ricordate, e intorno le quali ho già più volte trattenuti i miei scolari.

Questo caso è riferibile ad una donna che, nel giorno 12 Maggio 1844, fu accolta nello Spedale Provinciale e Ricovero, ove continuava a funzionare come Medico Chirurgo Primario. Presentava essa i sintomi d' un' ernia inguinale strozzata. La donna chiamavasi Marianna Tomba, era vedova di Domenico Galvani, aveva 46 anni, era nativa di Castel San Pietro, ed aveva da parecchi anni preso domicilio in Bologna. Ci rendeva noto avere Ella appreso dalla madre che fino dalla nascita, nella sua regione inguinale sinistra, notavasi una tumidezza della forma e grossezza di un testicolo di bambino. Fu per questo che nei primi giorni di sua vita si rimase alquanto incerti del sesso cui apparteneva; ma esaminata da abilissimo chirurgo, avendo egli trovato che le esterne parti generative erano conformate in quel miglior modo che a femmina competesi, per tale la dichiarò. All' epoca della pubertà quella tumidezza si fece molto più grossa. Le mestruazioni furono sempre regolari, ed avendo ella preso marito partorì una figlia a 22, un' altra a 24 anni, le quali, come l' ava, la madre e la sorella della medesima, che è tuttora vivente, esercitarono la Ostetricia. Fu nel partorire l' ultima figlia che la Tomba, in un violento sforzo, sentì un vivo dolore all' inguine sinistro, che venne immediatamente susseguito da rapidissimo aumento del tumore, e da fenomeni di ernia intestinale incarcerata. Curata debitamente, l' intestino, che sotto

lo sforzo erasi fatto ernioso, si ridusse; non fu possibile però il riporre l'antica tumidezza esistente nell'inguine.

Essendosi in allora tentata l'applicazione del cinto in vario modo costrutto, non potè essere sopportato, per cui l'intestino di nuovo discendendo, l'ernia giunse a farsi inguino-labiale. La donna non prestò molta attenzione ai mutamenti che subì quell'ernia nel corso di non pochi anni, e non chiese soccorso, se non se quando trovossi di nuovo in preda allo strozzamento. E ciò fece troppo tardi, avvegnachè appena l'inferma fu accolta nello Spedale, si conobbe trattarsi di un'ernia inguino-labiale obbliqua esterna sinistra, la quale, attesa la natura ed imponenza de' fenomeni che manifestavansi, faceva già temere di cancrena. Passato quindi essendo immediatamente alla erniotomia, appena ebbi aperto il sacco mi accorsi che realmente una grossa ansa di intestino Ileo in esso contenuto era già prossima a passare alla mortificazione. Nullameno avendola ridotta mi si affacciò subito un altro corpo che per la sua forma e le sue dimensioni si sarebbe detto un'altr'ansa intestinale, Tav. 10.ª fig. 3.ª *b*. Fatti però i dovuti esami e trovatovi vicino un altro corpo che aveva tutti i caratteri anatomici di un'ovaia ingrossata, fig. 3.ª *a*, non esitai a riconoscerla per la corrispondente tuba Faloppiana in modo enorme ingrandita, la quale mediante la corrispondente falda peritoneale mantenevasi unita in un coll'ovaia alla interna parete del canale inguinale. Si fu perciò che sebbene avessi poca fiducia di salvare la mia inferma, attese le gravi alterazioni subìte dall'ansa intestinale strozzata, pur tuttavolta avendo avuti alcuni altri esempi d'intestini strozzati minacciati da cancrena che finirono a bene dopo essere stati ridotti, piuttosto che asportare l'ovaia, come alcuni consigliano, mi determinai invece a togliere colle forbici gli attacchi che riunivano la falda peritoneale, la tuba e l'ovaia agli adiacenti tessuti, ed a riporre il tutto nella cavità dell'addome.

In onta però della più assidua cura prestata alla nostra inferma, questa volta fortuna propizia non mi fu; per cui come rilevasi dalle annotazioni fatte nell' apposita cartella dall'in allora Medico Chirurgo Assistente sig. dott. *G. Angeli*, ora condotto alla Pieve di Cento (la quale cartella con molta cortesia mi venne rimessa dagli attuali egregi Medici Chirurghi Assistenti del suindicato Spedale), la Tomba dopo 6 giorni dalla eseguita operazione mancò alla vita. L' autopsia fece conoscere che essa era perita per isfacelo dell' ansa intestinale strozzata, rese palese che l' ovaia rinvenuta nell'ernia conservavasi ancora di volume maggiore dell' ordinario; e che la tuba, la quale come si disse era enormemente ingrandita e che aveva le apparenze di un intestino, mostrava le sue pareti notabilmente ingrossate e conteneva dentro di sè un corpo che, per quanto ne opinò l' illustre prof. *Alessandrini*, sembrava un avanzo di un ovo patologico, fig. 4.ª *c*. La falda peritoneale incisa onde riporre l' ovaia e la tuba nell' addome, non faceva poi conoscere la più che piccola traccia d' infiammazione, di cui era immune pure il peritoneo (1).

Dalla presente osservazione può quindi dedursi.

1.° Che per quanto avvenne nel corso della vita di questa donna, e per l' esame del pezzo patologico conservato e delineato nelle fig. 3.ª e 4.ª della Tavola 10.ª, è reso manifesto che l' ernia dell' ovaia sebbene congenita, può esistere senza che vi si associno contemporaneamente alterazioni nella struttura anatomica delle altre parti interne ed esterne della generazione.

2.° Che in forza di ciò, nei casi di ernia strozzata dell' ovaia e della tuba, piuttosto che indursi nell' eseguire l' erniotomia, ad asportare l' ovaia come fece di recente anche il sig. *Coote* in una giovane che morì poi 4 giorni dopo essere stata operata, è più saggio consiglio, qualora l' ovaia non sia profon-

(1) Questo prezioso pezzo patologico è stato da me regalato al Museo patologico della Società Medico-Chirurgica di Bologna.

damente alterata, il lasciarla dove è; ed anzi in quelle donne che non hanno passata l'età critica, è anche meglio fare con diligenza i più razionali tentativi onde staccare quegli attacchi della falda peritoneale, che riuniscono l'ovaia od anche la tuba alla superficie interna del canale inguinale, e che possono impedire di ridurle entro l'addome. E di vero se il *Coote* trovò la sua operata mancante dell'utero, questa innormalità, anche per la osservazione che mi appartiene, avendosi a ritenere un'eccezione, non dovrà quindi indurre a privare senz'altra osservazione la donna di uno degli organi che servono alla propagazione, tanto più che è sperabile, come lo dimostra lo stesso pezzo patologico da me conservato, che niuna avvertibile successione morbosa derivi dalla incisione degli attacchi della falda che riuniscono qualche volta l'ovaia e la tuba, colla interna superficie del canale inguinale.

Ora mi si permetta di aggiungere, che la esposta osservazione mi servì egregiamente a rendere più agevole una diagnosi, intorno alla quale erano sorte rilevanti incertezze.

Poco tempo fa venne condotta in mia casa da una Signora forestiera che era qui di passaggio per recarsi ai bagni di mare, una cara creatura dell'età di quattro anni, che quella Signora, la quale ne era la madre, con molto dolore mi disse ritenersi da alcuni Professori un ermafrodito; giacchè mentre gli organi esterni della generazione si manifestavano per quelli della femmina, all'inguine notavansi due corpicciuoli, del volume, della forma e della consistenza dei testicoli di un maschio di quell'età.

Esaminato quel preteso ermafrodito, vidi diffatti le di lui parti esterne generative appartenere al sesso femmineo, ed introdotto in vagina uno specillo la rinvenni dell'ampiezza e larghezza normale. Portati allora i miei esami agl' inguini, riscontrai entro il canale inguinale due corpicciuoli mobili, alquanto dolenti sotto la pressione, di discreta consistenza, a superficie un pochino rugosa, di figura che si accostava

alla ovoide, del volume di un faggiolo di mezzana grandezza, il destro un po' più piccolo del sinistro, attaccati ad un peduncolo sottile lungo poco più di un centimetro; che si internava nell'addome attraverso il superiore foro inguinale che era angusto.

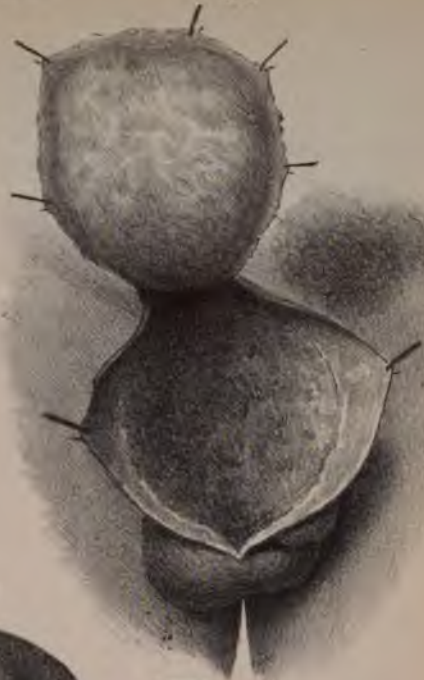
Fatta considerazione quindi alla regolarità colla quale in questa creatura erano sviluppate le pudende e la vagina; alle forme proprie del suo corpo, dello scheletro, e specialmente della pelvi ed ammaestrato altresì dall' antecedente osservazione, piuttosto che ritenerla un ermafrodito, mi fu facile il giudicare appartenere essa al sesso femmineo, e quei due corpicciuoli doversi a tutta ragione riconoscere per le ovaie discese nel canale degl' inguini, non potendosi trovare od insinuare in quella regione altri corpi capaci di assumere esattamente quelle sembianze. Stabilita questa diagnosi e tranquillizzata la madre, per renderla anche maggiormente contenta bisognava pensare al modo di togliere una simile imperfezione, che forse non avrebbe dato coraggio alla fanciulla, allorchè giovane si fosse fatta, di maritarsi; o l' avrebbe potuta esporre ancora a conseguenze molto spiacevoli e gravi. E realmente è facile il comprendere che non curando quella imperfezione, ne sarebbe potuta avvenire in seguito la discesa della tuba, dell'utero, di anse intestinali; complicazioni tutte che avrebbero reso molto più temibile il suo stato. Ma siccome a questi mali io non avrei potuto porre conveniente riparo se non se spingendo le ovaie dentro l'addome ed applicando un cinto, e siccome ciò riesciva impossibile essendo le ovaie irriducibili a motivo della piccolezza dell' interno foro inguinale, così piuttosto che limitarmi ad applicare un apparecchio che servisse soltanto a difendere le ovaie stesse ed a prevenire temibili complicazioni dell'ernia, posi a partito le cognizioni da me acquistate cogli studi fatti intorno le ernie inguinali associate nel maschio alla presenza del testicolo nel canale inguinale, e quindi, usando del mio processo, forzai successivamente le

due interne aperture inguinali coll' estremità del mio dito indice, e così riescii ad acquistare tanto spazio da rendermi agevole lo spingere le due ovaie entro l' addome. Allora onde contenerle e cercare di guarire la bambina radicalmente, consigliai di munirla d'adatto cinto, al quale effetto pregai l'egregio sig. dott. *Pilla,* che trovavasi presente, di condurla egli stesso da un nostro abilissimo artefice, il quale costrusse un appropriato brachiere che spero varrà, non omettendone l'uso, non solo a contenere l' ernia, ma, attesa l'età della fanciulla, a procurarne ancora la radicale guarigione.

Figura 4.

Rappresenta il pezzo patologico veduto nella sua regione posteriore.

a) Ovaia sinistra compresa nell' ernia.
b) Tuba Faloppiana sinistra aperta posteriormente compresa nell' ernia.
c) Corpo organizzato che fu trovato entro la tuba.
d) Apertura di comunicazione della tuba sinistra colla matrice.
e) Apertura corrispondente al padiglione della tuba.
f) Legamento rotondo.
g) Legamento lato inciso.
h) Ovaia destra.
i) Tuba Faloppiana destra.
k) Legamento rotondo.
l) Parete esterna dell' utero divisa.
m) Cavità uterina.

Tav. X.
F. 1.
F. 2.
F. 3
e
h
d
a
b
f
i
k
g
l
c
F. 4
l
a
b
h
g
k
O. Nannini dis.
Lit. G. Wenk.

RELAZIONE

DI VARII CASI D'INTERRUZIONE

DI CONTINUITÀ NEGL' INTESTINI

E DI UNO

COMPLICATO COLL' APERTURA DELLA CISTIFELLEA

Quantunque sia noto ai Chirurghi potersi effettuare la guarigione delle interruzioni di continuità che si formano o in una porzione di parete, o in tutta quanta la circonferenza d'un intestino, nullameno sanno pure i Chirurghi, che se in varii casi la natura sola o debitamente secondata dall' arte si rende di tanto capace, non di rado invece questo male ribelle si mostra ai più validi ed opportuni soccorsi. Che se ciò per avventura non è origine di gravi conseguenze allorchè da un pertugiato intestino, le materie nel medesimo contenute trovano passaggio in un altro nello stesso modo leso, se questo avviene allorchè forti aderenze si ordirono ai contorni delle due intestinali aperture, non accade però lo stesso quando la perforazione intestinale è in relazione con una esistente in altre parti, come sarebbero la vagina, o le esterne addominali pareti, nel qual caso ben di frequente si formano moleste, schifose e ribelli fistole stercoracee, pericolosi ed insanabili

ani contro natura: non è così allorquando le intestinali materie che escon dal troncato o perforato intestino sole o mescolate con qualche altro umore di azione notabilmente irritante, proveniente dalla contemporanea perforazione di quei recipienti o canali che li contengono o che attraversano, non trovano altro luogo in cui versarsi se non se nel cavo del peritoneo, ove perciò danno origine spessissimo a cancrenose infiammazioni, le quali si rendono d'ordinario prontamente assai gravi e funeste. E siccome il conoscere i mezzi particolari coi quali in alcuni casi si è potuto riescire a guarire simili morbosità, il sapere la maniera con cui vi ha pure contribuito la natura, il dire le difficoltà che nel diagnostico in alcune circostanze si sono incontrate, può rendersi di grande utilità a chi imprende a curarle, egli è perciò che mi determino a narrare le cose più importanti che vennero da me osservate intorno a tale argomento.

Nel giorno 26 Ottobre 1835 fu accolto nello Spedale Provinciale e Ricovero, Antonio Querzoni, d' anni 35, nativo di Sant'Agata, di professione contadino. Interrogato l'infermo, ci rese noto che avendo fatto tre mesi prima del di lui ingresso nello Spedale uno sforzo onde sollevare un sacco pieno di grano, si sentì un dolore vivo all'inguine destro ove immediatamente scuoprì una piccola gonfiezza. Dovette in seguito di ciò desistere dal lavoro e porsi in riposo. Ad onta di questo la tumidezza non isvanì, e sebbene il dolore si rendesse men forte, tuttavia la cute a quella prominenza sovrapposta dopo due giorni non mancò di presentarsi alquanto infiammata. Niun altro sintoma però grave o molesto presentandosi, non venne per questo all' infermo impedito di stare di poi molte ore del giorno alzato dal letto. Scorsa così una settimana, e riscontrata in allora una notabile mollezza nel tumore, si recò solo da un Chirurgo acciocchè gli suggerisce quanto credea opportuno in simile circostanza. Avendo il medesimo sentito il tumore fluttuante, senza fare altre indagini, dichiarò trattarsi di un bubone già suppurato,

ed ordinò al malato di recarsi nuovamente alla propria abitazione ove si sarebbe esso stesso poco dopo portato per dare esito colla lancetta alla marcia in quel tumore raccolta. Ma non appena si fu il Querzoni in letto collocato, che si accorse buona copia di liquide materie scaturire da un'apertura formatasi naturalmente nelle esterne pareti di quel gonfiore, e che furono riconosciute poco dopo dal predetto Chirurgo per marcia mista a molte liquide materie fecàli. Del quale fatto rimase egli molto sorpreso, e ben giustamente, avvegnachè era difficile l'intendere come in quel tumore, che assai ben si comprende era formato da un'ernia inguinale incarcerata sorta non lentamente ma repentinamente, fosse avvenuta la perforazione dell'intestino protruso, senza che si presentassero in antecedenza quei fenomeni che caratterizzano l'incarceramento dell'ernia intestinale, ma invece se ne scorgessero dei così miti da poter permettere all'infermo di recarsi da sè all'abitazione del Chirurgo, che non era a lui molto vicina, onde richiederlo di consiglio. Ma ad onta di regolare cura da quel Chirurgo in allora intrapresa, e continuata per circa tre mesi, quella morbosa apertura non avea tendenza alcuna ad obliterarsi, che anzi, sebbene l'infermo avesse qualche naturale alvina evacuazione, tale era la perdita di materie che per quella giornalmente faceasi, tale il grado di consunzione che nel malato mostravasi, da dover fortemente temere che, qualora l'arte non accorresse con qualche più potente mezzo, la perdita dell'infermo sarebbesi con sollecitudine verificata. Fu in seguito di ciò che il medesimo venne inviato allo Spedal Provinciale.

Onde far riprendere pertanto completamente alle intestinali materie la via naturale che in gran parte era da loro abbandonata, ed ottenere così la pronta obliterazione di quella morbosa apertura, la quale mostravasi della lunghezza di due centimetri, e della larghezza di quattro o cinque millimetri, mi sembrò potesse riescire molto opportuna la sutura attorcigliata. Preparato quindi convenientemente l'infermo

cruentai con un bistorino bottonato e di lama molto stretta i bordi di quell'ulcera fungosa, onde ridurla così alle condizioni di una ferita recente, e rendere per ciò molto più facile la loro reciproca unione. Allora preso un ago d'argento di lunghezza maggiore di quelli che si usano per l'operazione della cheilorafia, lo impiantai vicino all'angolo inferiore della ferita, alla distanza di un centimetro dal bordo del labbro interno della medesima, e coll'ago istesso trapassai per due terzi la spessezza di quel labbro, evitando così di ferire colla punta il sottoposto aderente intestino, la quale punta, allorchè fu escita, la impiantai nel labbro opposto parimenti a due terzi della di lui spessezza poco sopra l'angolo inferiore della ferita, e la feci escire dalla corrispondente cute a un centimetro di distanza dal bordo del medesimo labbro. Superiormente a quest'ago ne impiantai colle stesse regole altri due ad eguale distanza fra loro, dopo di che li strinsi fortemente con dei fili cerati e in modo da mettere a stretto contatto le labbra cruentate. Ciò nullameno levati gli aghi dopo quattro giorni, m'accorsi di avere ottenuta soltanto in molta parte l'adesione di quelle, per cui fu d'uopo ravvivare parecchie volte col nitrato d'argento la piccola porzione non per anco riunita, e di usare della compressione per ottenere una completa e robusta cicatrice. L'infermo fu preso in allora da diarrea, dalla quale sanato assai prestamente, potè per questo non molto dopo escire dallo Spedale perfettamente ristabilito in salute.

Il felice risultato ottenuto colla predetta operazione mi invogliò a tentarla in un altro caso non meno importante.

Checchi Lucia, di mezza età, portava da oltre 4 anni un'ampia apertura nella vagina comunicante col retto intestino, la quale erasi presentata in seguito di un parto laborioso. Passavano attraverso quel foro non solo le feci più liquide, ma ben anco, a motivo della di lui ampiezza, le più dure e figurate. Decisa quindi di liberarsi da un tale incomodo che, oltre al tenerla sempre imbrattata, le arrecava tale

molestia da impedirle di attendere debitamente alle faccende domestiche, ottenne di essere ammessa in Ricovero per assoggettarsi a quella cura che potesse servire a guarirla. Ivi entrata nel Marzo del 1839, rilevai che quell' ampio foro trovavasi alla distanza di due centimetri dalla bocca della vagina, che aveà una figura elittica, il cui diametro maggiore era trasversale e della lunghezza di tre centimetri, il minore invece longitudinale e dell'estensione di oltre un centimetro. I bordi di quell'apertura osservavansi duri, e ricoperti da un tessuto mucoso che continuavasi colla interna membrana della vagina e del retto. Riconosciuta quindi anche in tale caso la necessità di cruentare quei bordi onde potessero riunirsi per adesione, ne afferrai il superiore con piccolo uncino, e mediante un bistorino curvo nel piatto ne asportai il bordo stesso per la grossezza di poco più di una linea, quindi feci altrettanto nell'inferiore. Allora per mezzo di quattro spilli d'argento impiantati ad uno ad uno nel labbro inferiore, e fatti passare mano mano nel superiore colle stesse norme tenute nell'antecedente caso, mediante fili girati ad otto di cifra attorno i medesimi, posi le cruentate labbra a stretto contatto. Levati gli spilli dopo cinque giorni, due terzi soltanto dei labbri trovai scambievolmente riuniti. Nella speranza però di ottenere anche in questo caso l'unione di quella porzione in cui non erasi effettuato il procésso adesivo, usai replicatamente la pietra infernale, affine di mantenere ivi un grado di irritazione e di flogosi, che valesse a favorire il lavoro di riproduzione e di cicatrizzazione, ma sebbene con ciò non si potesse ottenere completa, la natura peraltro così secondata dall'arte, diede luogo ad un lavoro che servì ad impedire permanentemente la escita delle materie fecali, sia solide che liquide, da quell' apertura. Il labbro inferiore infatti si allungò, s'ingrossò, s'indurì, sormontò il superiore, e poggiando fortemente su d'esso, servì a vietare alle feci di sfuggire dall'intestino retto per farsi strada nella vagina.

Il giorno 5 Novembre 1835, venne ammesso nello stesso Spedale Provinciale il contadino Serafino Paganelli, nativo di Barbarolo, dell'età d'anni 31. Si potè rilevare dalla storia inviataci dal Medico Chirurgo che lo avea fino a quel giorno curato, che circa due mesi innanzi, dopo avere abusato di cibi non facili a digerirsi, fu preso da una acuta enterite, la quale parve attaccasse specialmente il colon ascendente. Ad onta dell'opportuno metodo di cura adoperato, la flogosi non avea mostrato tendenza a risolversi, che anzi la corrispondente regione colica dopo 7 giorni essendosi fatta notabilmente tumida, infiammatasi ivi la cute, alla 15.ª giornata si esulcerò e lasciò sfuggire molta copia di pus unita a grande quantità di materie fecali. Le continue ed abbondanti perdite di umori intestinali e di marcie che effettuavansi da quella morbosa apertura, ridotto avendo quest' infermo in uno stato gravissimo di consunzione, il curante lo inviava per ciò al suddetto Spedale onde pure si tentasse qualche mezzo efficace a guarirlo. Esaminato l' infermo, trovai un' apertura quasi circolare, il cui diametro maggiore era di due centimetri, situata nella regione epicolica destra tre dita trasverse circa al di sopra della spina anteriore e superiore dell'ileo corrispondente. Escivano da quella le feci e le marcie, ed in maggiore quantità, qualora si premeva sulle adiacenti addominali pareti, il che manifestamente derivava dalla raccolta abbondante che delle medesime faceasi entro la cavità del peritoneo. Introdotto uno specillo in quel foro, si entrava diffatto in un gran cavo nel quale erano raccolti gli umori superiormente indicati. Onde rendere pertanto più facile l'escita a quelle materie, ed ottenere così il rimpiccolimento e la successiva obliterazione di quella vasta interna cavità, invano cercai per un intero mese di allargare con istuelli e colla spugna preparata l'esterna addominale morbosa apertura, giacchè i predetti mezzi o non erano tollerati, o non procuravano quello ampliamento che rendeasi a ciò opportuno. Ma intanto le condizioni del malato sempre più si aggravavano, la consunzione

era giunta all'estremo, la febbre era continua, le esacerbazioni vespertine erano precedute da brividi, le remissioni mattutine susseguite da profusi sudori. E neppure ad ottenere il fine superiormente indicato l'ampia dilatazione di quella morbosa apertura fatta collo strumento tagliente potea in questo caso come estremo mezzo tentarsi, giacchè introdotto gradatamente entro la medesima il dito, sentivasi all'interno circondata da intestini fattisi con essa aderenti. Per non lasciare quindi in preda a certa morte quel disgraziato, mi vidi nella necessità di pensare a trovare un punto pel quale potessi riescire a penetrare nel cavo addominale con molto minore rischio di ferire gl'intestini, e permettesse nel tempo stesso agli umori raccolti di escire dal medesimo per una via facile e declive. Fattomi pertanto a specillare profondamente quella cavità, e rilevato avendo che lo specillo si dirigeva posteriormente ed in basso verso la regione ileo lombare destra, e così avanti spingeasi da urtare colla punta contro le robuste pareti che quella regione costituiscono, sulle quali anzi poteva scorrere per non piccolo tratto, fui preso dal pensiero di aprirmi per quella regione una strada nella cavità dell'addome, come quella che oltre al render facile e pronta la escita degli umori nel ventre raccolti, mi mettea maggiormente al sicuro di non ferire parti importanti, qualora specialmente colle dovute cautele avessi diretto il bistorino in modo da potermi assicurare della natura dei tessuti che andava via via incidendo. Non avendo pertanto a ciò fatta opposizione alcuna l'infermo, collocatolo sul sinistro fianco, ordinai ad un assistente di mantenere fermo lo specillo contro il punto che ho indicato, poscia immediatamente al di sopra della cresta dell'ileo, ed a poca distanza dalla apofisi trasversa della corrispondente vertebra, con un bistorino panciuto feci una incisione trasversale negl'integumenti, che diressi all'esterno per la lunghezza di oltre tre centimetri.

Dopo di ciò incidendo i sottoposti tessuti strato per strato, giunsi all'aponeurosi del muscolo trasverso. Tagliata pur

questa con molta precauzione, si presentò subito quel fiocco grassoso che serve a render certi essere penetrati per questa via nella cavità addominale. Staccatolo infatti col dito, posi a nudo la punta dello specillo, colla scorta del quale giunsi col dito istesso all'istante nel cavo addominale in cui era raccolta grande copia di feci e di marcia. Poterono in allora le medesime sgorgare con molta facilità all'esterno dell'addome, e ciò ottenuto insinuai uno stuello di fila nella fatta apertura col fine d'impedire che le labbra della medesima si riunissero per adesione, e venisse in seguito di ciò vietato agli umori che si andavano mano mano versando o formando entro l'addome, di escire liberamente. In simile guisa, tali materie trovando infatti nella formata apertura una via libera e declive, scaturivano facilmente dalla medesima, e più non dirigeansi a quell'antica e saliente strada che, in parte soltanto loro, permettea di versarsi al di fuori del ventre, ed invece le costringea ad accumularsi in gran copia entro il medesimo. Dopo breve tempo, nell'atto stesso che la fatta ferita andavasi rimpiccolendo, si rimpiccoliva pure e chiudeasi la più volte ricordata cavità, e quello che più interessante si è, mentre ciò avveniva, le feci riprendevano quella via naturale che aveano da tanto tempo abbandonata. La morbosa apertura intanto già esistente nella regione anteriore dell' addome con molta sollecitudine cicatrizzavasi, e la cicatrice pure, sebbene alquanto più tardi, completamente formavasi nella ferita che ad arte, nella regione addominale posteriore, io aveva istituita. Ciò avveniva due mesi e dieci giorni da che l'infermo era stato accolto nello Spedale. Dal medesimo escì il 12 Febbraio in sufficiente grado di forze, e nel 23 Maggio dello stesso anno essendovisi portato di nuovo appositamente per esternare, a tutti quelli che aveano in di lui vantaggio cooperato, i più fervidi e sinceri sentimenti di gratitudine, tale era in allora la robustezza del di lui corpo, così atletiche le di lui forme, che i medesimi al primo vederlo non seppero riconoscerlo.

In una donna chiamata Domenica Gamberini, d'anni 30, nativa di Pizzocalvo, di debole complessione, di professione tessitrice, rimasta incinta per la terza volta, si presentarono tre tumoretti erniosi alla parte anteriore dell'addome, i quali erano così disposti, che ciascuno segnava l'angolo di un triangolo equilatero dell'altezza di sei centimetri, il cui apice corrispondeva all'ombellico che trovavasi compreso in uno di quei tumoretti. Tali piccole ernie erano riducibili e contenibili, per cui la donna munita di un adattato corsaletto, per quattro anni fu esente dal più lieve incomodo. Ma nell'ottobre dell'anno 1836, avendo la medesima dovuto sostenere una fatica straordinaria, quella porzione d'intestino che esciva dal foro destro, e che costituiva perciò il tumore di quel lato, essendosi leggermente incastonata, diede luogo alla comparsa di alcuni di quei fenomeni che nell'ernia incarcerata si osservano, fenomeni che non essendo molto violenti vennero dall'inferma tollerati per parecchi giorni, passati i quali si decise di ricorrere a persona dell'arte, che per sua mala ventura poco pratica, giudicando quella tumidezza un acquoso tumore, ne praticò colla lancetta un'apertura, ferendo in tal modo l'intestino protruso. Smarritosi per tale evento il Chirurgo abbandonò l'ammalata, la quale non ricorse ad altri, e si affidò interamente alla natura. A tenore di quanto rilevasi dalle precise notizie procuratesi a tale riguardo dall'in allora Assistente dello Spedale Provinciale Sig. Dott. Scandellari, leggieri sintomi si manifestarono nel punto perforato e nelle parti contigue, le funzioni gastro enteriche restarono però per qualche tempo disturbate, finalmente si riordinarono, null' altro rimanendo se non che nel punto ferito una fistoletta stercoracea. Nell' Agosto del susseguente anno 1837 fu questa donna soggetta ad una grave tifoidea, di cui venne curata dall'espertissimo Signor Dottor Rivani, Medico Chirurgo a Castenaso, il quale allorchè fu resa in uno stato men grave, la consigliò di recarsi in questo Spedale Provinciale e Ricovero onde guarire

ancora della superstite fistola. Era in allora questa donna notabilmente emaciata, accusava generale languore e spossatezza, evacuava le feci di frequente, e queste erano di sostanze poco o nulla digerite; il colore di sua cute era quello delle clorotiche, nulla appetiva, e certi cibi gli promuovevano nausea o vomito. Si pensò quindi immediatamente a migliorare le morbose condizioni del tubo gastro enterico che rimanevano superstiti all' ultima sofferta malattia, il che ottenutosi mediante adattati presidii, le cure furono in allora dirette a favorire la chiusura di quella fistola che, da quanto ho indicato, già esisteva da oltre un anno. L' esame attento della medesima fece palese, che un piccolo lembo di cute ripiegatosi all' indentro teneva disgiunti i bordi dell' ulcera, e loro impediva per questo di chiudersi. Dunque era facile il conoscere la necessità di reciderlo, il che venne fatto. Dopo di ciò medicata quell' apertura con alcune fila, e tenutala compressa con una fasciatura circolare, le materie che ne escivano diminuirono a gradi a gradi in modo da permettere l' obliterazione completa della fistola in meno di 15 giorni per cui munita la donna di un cinto potè essere dimessa dallo Spedale. Nella primavera del 1843, e cioè dopo vari anni da che la suddetta inferma era guarita dalla fistola essendo stata di nuovo inviata allo Spedale acciocchè vi fosse curata di una carie all' osso sacro, ebbi la compiacenza di sentire che quel foro non erasi mai più riaperto, e di trovarlo ancora perfettamente cicatrizzato.

Nell' Agosto dell' anno 1841, fu mandato dal Sig. Dott. Quinto Macchiavelli allo stesso Spedale un giovane e robusto contadino, nativo di Casalecchio, onde fosse curato d' un' ernia scrotale sinistra, la quale erasi da tre giorni strozzata. Tali erano le condizioni dell' infermo da obbligare a passare senza indugio alla chelotomia. Fatta pertanto eseguire alla mia presenza questa operazione al Signor Assistente Dottor Alfonso Malaguti, appena fu scoperto l' ernioso intestino, venne questo rinvenuto notabilmente infiammato. Sbrigliato quindi

nel modo opportuno il canale inguinale, fu immediatamente riposto l'intestino stesso entro la cavità dell'addome, e medicata la ferita di seconda intenzione. Prescritto poco dopo un salasso dal braccio per domare i già esistenti gravissimi intestinali flogistici fenomeni, somministrato pure all'infermo l'olio di ricino, si ottennero bensì abbondanti scarichi alvini, ma i fenomeni infiammatori non facendosi per questo più miti, si dovette ripetere la sanguigna, ed usare quel regime antiflogistico che era dalle circostanze addimandato. Nulladimeno dopo 8 giorni si vide escire dalla piaga abbondante copia di materie fecali, il che mi fece conoscere che, ad onta della energica cura adoperata, non erasi potuta evitare l'esulcerazione o la cancrena nell'ansa intestinale che in antecedenza era rimasta strozzata. Da quel momento però in avanti i sintomi di enterite andarono man mano scemando, ed erano del tutto cessati alla 15.ª giornata di malattia, nella quale medicando l'infermo, mi accorsi che una piccola porzione di membrana mortificata si impegnava in alto nella piaga ed in corrispondenza all'esterno foro inguinale. Afferrata colle pinzette, mediante delicate trazioni potei con facilità estrarre un'ansa intestinale sfacellata, Tav. 11.ª fig. 4.ª, e che era certamente quella che avea per lo innanzi sofferta la strozzatura. L'estensione della medesima era tale da non lasciarmi lusinga di evitare la formazione di un permanente ano contro natura. Ciò nulla-ostante, col passare dei giorni, io vedea la piaga a poco a poco rimpiccolirsi e nel tempo istesso diminuire l'ampiezza dell'esterno foro inguinale, e quindi di quella apertura da cui le feci scaturivano, le quali invece cominciavano a percorrere la via naturale che aveano del tutto abbandonata; nel qual modo procedendo le cose, scorsi che furono appena due mesi, la piaga mostrossi quasi del tutto cicatrizzata, e null'altro rimase se non che un piccolissimo pertugio da cui escivano di quando in quando alcune goccie di sciolte materie giallastre. Il quale foro cauterizzato col

nitrato d'argento e compresso con adattata fasciatura, completamente in breve tempo si obliterò. Dopo di che l'infermo niun incomodo soffrendo nella digestione, evacuando giornalmente le feci, con molta facilità riprese la perduta energia. Ed avrebbe egli certamente continuato per le ragioni che or ora dirò in così prospero stato, se ad onta del datogli precetto di non abusare di cibo e di vino, non si fosse da quello allontanato. Erano infatti già scorsi due mesi dall'ottenuta guarigione, allorchè appunto quest' individuo, dispregiando il suo bene stare, fece uso di abbondante copia di cibi d'assai difficile digestione, e di vino, in seguito di che venne prestamente assalito dai sintomi di gravissima enterite. Le evacuazioni alvine per altro non si soppressero, che anzi ripetevansi più volte quantunque sciolte e sanguigne nella giornata, il che mi assicurò non trovarsi alcun ostacolo capace di arrestarne il corso nel punto ove avea avuto luogo la completa interruzione di continuità dell'intestino. Fu vano il più energico metodo antiflogistico adoperato, chè in men di sei giorni l'infermo rimase vittima di questa acuta infiammazione. La sezione cadaverica fu veramente molto interessante, giacchè per mezzo della medesima potei conoscere il modo con cui la natura avea adoperato affine di ristabilire la perduta continuità intestinale. Ispezionato infatti l'addome, ben presto vidi doversi attribuire la morte di quel disgraziato alla cancrena d' estesa porzione di canale alimentare, e facilmente mi confermai che se l'infermo avesse dato ascolto ai miei consigli, con tanto opportuno lavoro la natura benefica avea rimediato al già sofferto guasto intestinale, da potergli permettere di godere d'una salute perfetta. Scoperta infatti in vicinanza del canale inguinale sinistro quella porzione di intestino (che era un tratto dell'Ileo) in cui era avvenuta la descritta interruzione di continuo, vidi i due estremi di questo intestino corrispondente al punto ove era rimasto troncato, non già come avrebbe potuto supporsi molto lontani, ma invece fra loro vicinissimi, e appena distanti un centimetro

l'uno dall' altro. Il superiore diretto dall'alto in basso guardava colla sua bocca ad angolo molto ottuso quella dell'inferiore, motivo per cui le materie intestinali scorrenti entro il tratto superiore, poteano con molta facilità dirigersi verso il tratto inferiore. Che se per altro a ciò solo la natura si fosse limitata, non trovandosi i due estremi dell' intestino fra loro ad immediato contatto, non si sarebbe certamente potuto evitare lo spandimento di una parte delle materie intestinali entro la cavità dell' addome, l'uscita delle medesime dall' inguinale apertura, e quindi la formazione di un permanente ano contro natura. Ma faceano barriera posteriormente e superiormente alle materie che per quella via avrebbero potuto versarsi nel cavo addominale, gli adiacenti intestini, i quali colla loro esterna superficie sierosa aveano presa in quei punti stretta aderenza colla superficie parimenti esterna del troncato intestino: inferiormente a ciò serviva il peritoneo, anteriormente il collo del sacco erniario che mostravasi in quel punto obliterato. Ed era pure assai bello il vedere che, a rendere anche più completo questo salutare lavoro, la natura entro quel vano avea dato origine alla formazione di uno strato mucoso, il quale trovavasi in continuazione colla villosa intestinale, e metteva così le due circonferenze del troncato intestino anche all' interno perfettamente in continuità fra loro, non restringendone il lume menomamente e lasciando in tal modo libero campo alle intestinali materie di percorrere la via normale.

Aggiugnerò ora la storia di un caso d'interruzione intestinale da me curata con un nuovo processo di enterorafia, e pubblicata nel Bullettino delle Scienze Mediche Serie 3.ª Vol. 18 pag. 263 dall' Onorevolissimo mio collega, Dott. *Francesco Sarti Pistocchi.*

Fu trasportato all'Ospedale provinciale di Bologna nel giorno 29 agosto 1845 Vincenzo Bini di San Lazzaro, circondario pure di Bologna, d'anni 28, beccaio, giovine di costituzione gracile, di tempra nervosa, simetrico

di forme, ma già ridotto allo stremo della vita per un' ernia incarcerata scrotale sinistra, della quale per 4 giorni erasi cercato inutilmente co' più energici argomenti di ottenere la riduzione, e fu collocato nella sala chirurgica al letto N. 2. Veduta la urgenza del caso, non tardò il *Rizzoli* ad instituire la necessaria operazione, ed eseguita la erniotomia scoprì le molte anse intestinali fuoruscite e insinuatesi dentro lo scroto: le quali, fu tolta appena ogni compressione, e libere furono appena dall' involucro sovrastante, che smisuratamente si distesero e rigonfiarono. Per discoprir bene l'anello interno, in che era la strozzatura, affidò le intestina alle mani di un assistente perchè le deprimesse a sufficienza onde sbrigliar l'anello inguinale istesso; ma tra per la gran distensione in che erano e per la compressione novella, benchè leggiera e regolarmente eseguita, scoppiò una delle anse che trovavansi verso il fondo dello scroto, a getto spingendo fuori molti umori intestinali, e la molt' aria che esse contenevano onde s' avvizzirono interamente. Scoperto ed esaminato il punto della rottura, vide l' Operatore che era derivata dal distacco d' una escara che tutta comprendeva la grossezza delle pareti: sì che s' avea un ulcere elittica il cui diametro maggiore era il trasverso, di 5 linee circa; circostanza, anzi sopravvenienza ben grave che complicava, e difficilissima rendeva la posizione del chirurgo, la condizione dell' infermo. Temendo i pericoli e le conseguenze di un ano artificiale, si decise l' Operatore per l' enterorafia; e non trovando pel caso attuale abbastanza guarentigia e sicurezza di esito negli ordinarii metodi di eseguirla, pensò di adempierla, e l' adempì di fatto, nel particolar modo che vengo a narrare e che Egli, fra gli altri molti, a me volle comunicare.

Rovesciò Egli indentro i bordi dell'apertura ulcerosa dell' ansa intestinale, a maniera da formar con essa una plica semicircolare che sporgesse internamente nell' intestino così, come le valvole conniventi, per mettere a contatto, nel luogo da eseguir la sutura, le superficie sierose peritoneali, sole le quali possono dar luogo a pronto processo adesivo. Introdusse però prima per l' apertura, dentro l' intestino, uno de' capi del doppio filo sottile di seta annodato in due punti distinti, tanto che sporgesse stabilmente nell' intestino per un pollice circa; poscia eseguì una sutura a cavalletto fitta abbastanza e fatta in modo, che venisse a chiudersi ermeticamente la morbosa apertura, col filo però comprendendo semplicemente in ogni punto e trapassando la membrana del peritoneo senza più. Compita la cucitura per tutta la estensione della piega, e ben fermato l' altro capo di filo e recisolo rasente l' intestino al di qua della fermatura, ripose in cavità le intestine fuoruscite, applicando di poi l' ordinario apparecchio di medicatura.

Ripiegò egli così all' indentro l' intestino, e per compensare il difetto di continuo del foro avvenuto nell' intestino, e per poter mettere nella sutura e mantenere, come è detto, a contatto superficie sierose; introdusse e fece sporgere stabilmente dentro l' intestino l' un capo del filo anche con nodi perchè, venendosi a staccare, il filo stesso potesse essere dalle materie che percorrono gl' intestini condotto dolcemente e facilmente verso l' estremità inferiore degl' intestini, e così espulso in un colle feccie per l' ano. Finalmente comprendere egli volle nella cucitura non tutta la spessezza delle pareti intestinali, ma sola la membrana sierosa, perchè avendo egli veduto in varii casi succedere la morte appunto alle ferite intestinali d' armi pungenti senza fenomeni di flogosi ma per soli sintomi nervosi gravissimi, in causa, senza fallo, della lesione ed offesa riportata da alcun ramo nervoso intestinale, codesto pericolo cercava egli di evitare solo coll' ago perforando la membrana sierosa: membrana nella quale l' osservazione anatomica non dimostra visibili rami nervosi. D' altronde considerando la condizione in che trovavansi tutte le altre tonache dell' intestino fuoruscito di questo individuo per la strozzatura a lungo sofferta massime nei contorni dell' avvenuta apertura, avea ben egli poca speranza di felice riuscita se avesse voluto nella sutura comprendere tutta la grossezza della parete intestinale, e così strozzarla col filo nei punti, già alterata come era, e rimasta già a lungo in istato di gravissimo addoloramento.

Dopo la così adempiuta operazione, sottopose l' infermo a quel razionale igienico e terapeutico regime che rispondeva alla gravezza del caso, e alla qualità dell' infermo cercando che s' impedisse il progresso dello stato morboso in che era caduta la porzione d' ileo già erniosata e ulcerata, e che non si mettesse ostacolo al locale necessario processo di adesione, e che si opponesse del pari allo attivarsi cotal processo e esaltarsi al fatalissimo grado, da costituire una grave e temibile infiammazione. Dietro la osservanza delle quali avvertenze, ebbe il Collega intero l' intento ricercato. Chè si vennero a mano a mano riavendo le funzioni del tubo alimentare, e si videro tornare alla regolarità loro: non si destò febbre violenta, non coliche, non altre temibili sopravvenienze, e già tutto riprometteva, e fruttificava il totale ristabilimento dell' operato e, quel che è più, senza il bisogno di verun altro rimedio fuori che di semplici clisteri, cui il *Rizzoli* facea quotidianamente iniettare per varii giorni immediati dopo alla operazione. E già ottenutasi la cicatrizzazione della piaga nella 30.ª giornata dalla enterotomia erasi per licenziare dall' Ospedale l' infermo, quando per gravi disordini di dieta, e più ancora per essersi incautamente esposto a correnti d' aria fredda, esso fu soprappreso da acutissima pleuropneumonite: la quale benchè combattuta energicamente con 9 salassi, coi

vescicanti e coi più efficaci rimedii per cotali malattie, nella 10.ª giornata condusse a morte l'infermo. La quale funesta fine, se per un verso fu cagione di amarezza al *Rizzoli* che volea pur vedere il risanato fruire intero il frutto delle sue cure, e della fortunata operazione eseguita, per l'altro verso gli dette opportunità, colla ispezione anatomica della parte operata, di verificare col fatto se giuste e diritte fossero state le sue vedute, le temenze, e le prese precauzioni: e di confermare e rettificare se gli utili risultamenti, cui s'era prefisso dall'immaginato anzi *improvvisato* (mi si permetta l'uso di codesto vocabolo) processo operativo di enterorafia, si poteano realmente e come da esso processo aspettare ed ottenere.

L'autopsia mostrò nella cavità toracica esiti di acuta recente, e di lenta antica pleuro-pneumonite, di più mostrò de' tubercoli in istato di crudità, e delle aderenze pleuritiche tenacissime, come si rileva dalle annotazioni fatte fin d'allora nelle cartelle dagli assistenti dell'Ospedale. Nella cavità addominale mostrò scevre da ogni lesione le viscere capite in essa: e nella porzione d'intestino operato mostrò, come manifestissimo risulta nella preparazione naturale conservata nell'alcool a me donata dal *Rizzoli* e da me deposta nel museo d'anatomia patologica della nostra Società Medico-Chirurgica, mostrò, dissi, essersi già interamente ristabilita nell'intestino la continuità organica nel tratto dell'ileo perforato e sottoposto alla descritta cucitura: la piega artificialmente fatta dentro l'intestino essersi impiccolita e come contratta così da sporgere appena dal livello della mucosa a guisa di una incordatura, o di una grossa plica conniventе: mostrò la necroscopia il capo del doppio filo usato per la sutura, co' due nodi già fatti nel tratto lasciato sporgente dentro la cavità enterica, ancora integro e nuotante liberamente dentro la cavità fra le materie in essa contenute; e sodamente lo si vede nella preparazione attenersi ancora e restar continuo col filo restante nella cucitura; e ciò nella superficie mucosa. Dal lato esterno nella superficie sierosa peritoneale mostrò non essere più traccia della divisione o fenditura esistita nel punto della rovesciatura, ma tutta essere continua la superficie, dove non si scorgono più ad occhio nudo i punti neppure; che tutto è coperto da strato novello di fibre sode di un color bianco-carneo prodottesi da plastico trassudamento e sopra-organizzazione; frutto dello stesso processo adesivo. Mostrò la dissezione l'ansa intestinale operata libera affatto rimanere, nè essersi effettuata adesione veruna, nè colle adiacenti anse intestinali, nè coll'opposta parete addominale. L'apparenza di rigatura fibrosa notata, è la sola che fa distinguere questa regione, questo punto dell'ileo dagli altri dal lato esterno peritoneale. Dalle quali importantissime risultanze anatomiche il nostro Collega di due deduzioni pigliò ammaestramento, deduzioni utili

per lui, e utilissime per la teorica e per la pratica chirurgia. 1.ª Che quantunque l'intestino così operato non sempre contragga aderenze nel punto cucito fra la superficie esterna o sierosa e le adiacenti superficie ansulari, o l'opposta parete peritoneale, non per questo dallo staccarsi del filo, se avvenga e quando possa mai aver luogo, e dal cadere del filo istesso nel cavo degl'intestini, deriva pericolo di spandimento delle materie intestinali dentro la cavità peritoneale: perchè, come la dissezione ha mostrato, presto si formano nel punto operato strati avventizi fibrosi, che rifanno la integrità di continuo sodamente così come se non fosse accaduta nella parte lesione veruna di continuità (1). 2.ª Il filo della sutura che resta impiantato dopo l'operazione della enterorafia, può rimanere infisso tal quale fu cucito senza produrre pericolo alcuno, o veruna mala conseguenza, in contrario di quanto viene intorno a ciò asserito.

Finalmente un caso molto singolare è quello di cui passo a tenere parola. La signora Zagoni, donna di molto spirito, di complessione piuttosto robusta, dell'età d'oltre 50 anni, fu soggetta in varii periodi della di lei vita, senza poterne accennare la causa, a disturbi addominali, a dolori forti e violenti alla regione del fegato, di non molto durata, sotto i quali la di lei cute acquistava d'ordinario un itterico colore. Da tali incomodi la medesima fu molto opportunamente ed a lungo curata dal signor Dottor *Bolis,* medico pratico, espertissimo, di questa città, dopo di che ella si trovò in abbastanza lodevole stato di salute. Non fu che sul finire del Novembre 1844, ch'essa venne presa in seguito di un errore dietetico da violenti e continui dolori all'ipocondrio destro ed alla regione epigastrica, accompagnati da vomito. Richiese allora il soccorso del dottissimo mio collega Professore *G. B. Belletti*, il quale esaminata l'inferma rilevò presentare i seguenti morbosi fenomeni: dolore forte all'ipocondrio destro ed alla regione epigastrica, la quale era tumida ed intollerante al tatto, vomito frequente di bile e di succhi gastrici, mancanza di alvine evacuazioni, fisio-

(1) Questo avvenimento fu dopo il *Rizzoli* annunziato dal *Rokitanski.*

nomia abbattuta, lingua sporca, cute ed albuginea alquanto giallastre, urine scarse e di color giallo scuro, polso febbrile. Questi fenomeni gli fecero giudicare trattarsi di malattia flogistica del fegato, e probabilmente ancora di qualche tratto del canale alimentare, per cui non risparmiò quell' energico e regolare metodo antiflogistico, che era opportuno alla circostanza. Ciò nullaostante le condizioni dell' inferma non miglioravano, sembrava anzi la malattia infierire. Giunta la decima giornata di decubito, la signora accusò verso sera intenso freddo, il quale fu susseguito da violenta reazione febbrile, che parve si ammansasse sul far del giorno, e lasciasse quasi libera la signora in tutta la giornata, ma verso sera ricomparve il freddo, indi il calore febbrile, poscia la diminuzione di questo, fenomeni che ripeteronsi pure nella susseguente giornata. In tale stato di cose, il dottissimo collega amò che altro Medico a lui si associasse onde curare la malata, al quale uopo fu scelto il signor Dottor *Ubaldo Daveri*. Convenne questi trattarsi di malattia flogistica del fegato e di qualche tratto del canale alimentare, approvò quindi pienamente il metodo di cura adoperato, e consigliò di ricorrere al solfato di chinina, onde prevenire quella febbre, che per ben tre volte erasi presentata col tipo di intermittente quotidiana. Non trovando il Prof. *Belletti* motivo che si potesse opporre all' amministrazione del consigliato farmaco, venne il medesimo somministrato all' inferma in dosi opportune.

Dopo di che non ricomparvero più nè il freddo, nè quei morbosi generali fenomeni che al medesimo susseguivano. Ad onta però di questo continuava il dolore nella suindicata regione, ripetevasi il vomito, frequenti, e violenti ne erano i conati, la fisionomia si faceva sempre più abbattuta, le evacuazioni alvine non si ottenevano che scarsamente e coll' uso di replicati clisteri, ed erano dure e del colore del gesso, il polso sentivasi depresso, grande era l' avvilimento della malata. Accusava dessa in allora un dolore distensivo alla regione

epigastrica, la qual regione mostravasi molto più tumida che per lo addietro nol fosse. Tale tumidezza andava a mano a mano e sollecitamente crescendo, e lasciava nel dubbio, se ad un lembo del fegato fattosi più voluminoso per la insorta infiammazione, o ad intestinale gonfiore dovesse la medesima riferirsi. Non riscontrando però nella medesima il Prof. *Belletti* tutti quei segni che richiedeansi onde poterla alle sole predette cagioni attribuire, esternato ciò ai parenti dell' inferma, si volle che io pure l' osservassi. Quando la visitai erano già 22 giorni che la signora trovavasi malata, ed erano scorse 8 giornate, da che si era presentato quel morboso gonfiore. Il Professore *Belletti* ed il Dottor *Daveri*, si compiacquero di farmi la narrazione della malattia colla maggiore chiarezza e precisione, per la quale mi fu facile rilevare quanto in succinto ho di sopra narrato. Datomi in allora ad osservare l' addome, riscontrai diffatto nella di lui parte più alta una tumidezza molto pronunziata, la quale aveva la figura di un triangolo, il di cui angolo superiore corrispondeva alla cartilagine ensiforme dello sterno, i margini erano formati dal bordo libero delle cartilagini delle ultime coste, la base traeva origine dalla estremità di uno di questi bordi e andava a finire nell' altro, passando così orizzontalmente al di sopra dell' ombellico. Il colore degl' integumenti che ricuoprivano quella regione era naturale, il calore alquanto più del normale. La gonfiezza era maggiore dal lato destro, la cute, il tessuto cutaneo, i sottoposti muscoli, e le adiacenti aponeurosi mostravansi tese e resistenti. Praticata la percussione con discreta forza su quella rilevante gonfiezza, si fece sentire profondamente sonora, il che mi allontanava il dubbio che gl' intestini o lo stomaco la formassero. Conveniva dunque indagare se piuttosto dal fegato dovesse la tumidezza ripetersi, ma la sua figura, il modo rapido con cui si era sviluppata, mi tenevano lontano da ciò pensare, e mi ponea in maggior dubbio ancora la percussione, giacchè qualora il fegato od una estesa di lui porzione

l' avesse prodotta, la presenza di un corpo solido tanto voluminoso al disotto delle robuste addominali pareti mi avrebbe obbligato ad eseguire una fortissima, non già discreta percussione, per sentire così profondamente la sonorità. Dunque parea piuttosto potesse sospettarsi, che ivi un liquido si fosse raccolto. Feci perciò le più diligenti indagini col fine di sentirne colle dita, attraverso quelle robuste pareti, l' ondeggiamento, ed a dir vero dopo molti esami mi parve, quantunque oscuramente, di riscontrarlo. In seguito di che fatto attento riflesso a tutto ciò che in antecedenza era accaduto, e specialmente al freddo intenso che nella maggiore gravezza del male erasi replicatamente presentato, e che suole precedere la formazione delle gravi o mortali interne suppurazioni, o cancrene, inclinava a supporre che quel liquido fosse probabilmente derivato da una di queste due sorgenti, e cioè, o da un ascesso formatosi nel tessuto celluloso che riveste all' esterno il peritoneo, o da una raccolta circoscritta entro il peritoneo medesimo di materie intestinali, o di qualsiasi altro umore, formatosi per cancrena, ulcerazione, o rottura di qualche viscere nella cavità addominale contenuto. Ma mentre non mi sentiva proclive ad ammettere la prima ipotesi, considerando che i sintomi infiammatori avevano incominciato ed infierito principalmente nel fegato e negl' intestini e non già alla superficie del peritoneo, mi trovava perciò maggiormente disposto a ritenere molto più probabile la seconda. Questi miei pensamenti esternava ai Medici curanti: li accarezzava il *Belletti* appoggiandosi specialmente al modo improvviso e rapido con cui erasi formata ed era cresciuta la tumidezza, ma non persuadevano pienamente il *Daveri*, ed a ciò pensare l' inducevano il non rinvenire egli quella fluttuazione che a me, quantunque profonda, sembrava di riscontrare. Pelchè il mezzo che io in tanto pericolo della signora credeva potesse riescire veramente proficuo onde scamparla almeno da imminente morte, l' apertura cioè sollecita del tumore, non potea essere adottata, invece della

quale si consigliava la continuazione dei risolventi presidii. E siccome io ben conoscea che anche ad uomini quanto può mai dirsi esperti nell' arte è accaduto non infrequentemente di non riscontrare nè marcia nè liquido alcuno in parti, ove sembravano manifestamente raccolti, si fu perciò che in un caso come questo tanto dubbioso e gravissimo, non osai insistere ulteriormente acciocchè venisse abbracciato il mio progetto. Però non ne abbandonai del tutto il pensiero, ed anzi pregai i dotti Colleghi a trovarsi nuovamente meco insieme il giorno appresso dall' ammalata. Furono in allora ripetuti gli esami, furono ripetute le esplorazioni, la fluttuazione fu da me meglio sentita, non si rese del tutto oscura al *Daveri*, il quale, come coscienziosamente non avendola sentita la sera antecedente non inclinò alla apertura del tumore, in allora convenne perchè si eseguisse. Acconsentendolo pure l' inferma ed approvandola pienamente il Professore *Belletti*, io incisi, con quelle regole che tutti i Chirurghi bene immaginano doversi tenere in simili circostanze, con un bistorino panciuto gl' integumenti nel punto in cui dissi essere più sporgente il gonfiore, e direttolo convenientemente attraverso le addominali pareti, penetrai in un cavo da cui spruzzò con grand' impeto ed a molta distanza un grosso getto d' umore assai fetido. Allungata immediatamente col bistorino bottonato e colla scorta del dito tale apertura, e ridotta così dell' estensione di circa sei centimetri per dare più facile e libera escita agli umori raccolti, potè in tal modo dalla medesima sgorgare un' enorme copia di liquidi. Scomparve allora immediatamente la tumidezza, e si avvallarono le addominali pareti. Esaminato intanto l' evacuato umore, lo trovammo fetido, di colore giallo nerastro, e formato in gran parte di materie biliose e fecali, e rilevammo nel medesimo non poca quantità d' olio. Cose tutte le quali mi confermarono, che nella preceduta addominale infiammazione avea per lo meno avuto luogo per ulcerazione o per cancrena la perforazione di qualche intestino, attraverso la quale si erano fatta strada

le feci, ed una parte di quell' olio che, somministrato replicatamente negli antecedenti giorni all' inferma, percorso il canale alimentare e giunto al luogo ove esisteva l' intestinale morbosa apertura l' avea attraversata, ed erasi in un colle feci stesse raccolto nella regione superiore ed anteriore dell' addome. Eseguita l' operazione, l' inferma provò subito un immenso sollievo. Le labbra della ferita fatta furono tenute allontanate per mezzo di stuelli di fila, e vennero sulla medesima applicate alcune pezze e delle spugne da cambiarsi a seconda che rimanevano imbevute degli umori che da sì vasto cavo scaturivano. Da quel momento in poi le morbose condizioni della signora andavano migliorando, dalla fatta apertura uscivano larghi e grossi pezzi di omento sfacelato, di giorno in giorno rimpiccolivasi l' ampiezza dell' ascesso, e dopo due settimane sgorgavano da questo materie soltanto biliose miste a poche feccie, le quali invece, sebbene dure e di gipseo colore, in molta maggior copia che per lo addietro venivano emesse per le vie naturali, al che favorire non si ommetteva ben di frequente l' uso di replicati clisteri. Dopo 40 giorni dall' eseguita operazione la ferita fatta all' addome era quasi del tutto cicatrizzata, e non rimaneva che un' apertura del diametro di pochi millimetri. E qui giova che io faccia notare un' importante circostanza, che giunte le cose a quel punto, materie fecali non si videro più escire dalla superstite piccola piaga, dalla quale però veniva espulsa in non poca copia pura bile di cui rimanevano prive le feccie che erano emesse dall' ano. Il quale fatto, mentre mi facea conoscere la morbosa intestinale apertura essersi già obliterata, e mi spiegava perchè mancando di bile le feccie venivano le medesime emesse dure e scolorate, mi rendeva ancora palese essersi in questo caso alla perforazione di un crasso intestino complicata quella del recipiente o dei condotti, che servono a contenere o ad espellere la bile. La quale rottura potea probabilmente derivarsi dall' impedita discesa della bile nel colledoco, cagionata forse dall' essersi la medesima in

quel punto innormalmente addensata, o molto meglio ancora dall' arresto di un calcolo, come l' anamnesi facea tanto più sospettare. In seguito di che non avendo la bile istessa potuto discendere nel duodeno, raccoltasi enormemente in quei recipienti che servono a contenerla, avea perciò dato origine a tanta distensione, da indurre nei medesimi e nel fegato quegli infiammatori fenomeni che ben presto propagaronsi agli adiacenti intestini, conseguenza dei quali fu quell' ulcerazione o cancrena, che permise il versamento della bile e delle materie intestinali entro la cavità dell' addome. Nulladimeno le condizioni dell' inferma continuarono a migliorare. Acquistava essa di forze, si nutriva, e potea così, dopo 60 giorni di decubito, alzarsi dal letto da cui sarebbe discesa ancora alquanto prima se una molesta tosse non l' avesse travagliata. In quel torno, il colore itterico andava pure scemando, e le feci cominciavano a presentarsi giallastre, il che facea supporre che essendo tolto il flogistico turgore, la bile potesse in seguito di ciò superare in parte almeno quell' ostacolo che si opponeva alla di lei discesa. Sul terminare del Marzo il piccolo pertugio, che era rimasto fino allora superstite, mostravasi completamente chiuso, ma dopo 10 giorni si riapriva lasciando sfuggire soltanto alcune goccie di siero, e di non molto densa bile in ogni giornata. Ciò non recando alcun incomodo alla inferma, potè permetterle di recarsi ai primi di Giugno a villeggiare onde riacquistare completamente la primiera robustezza. Era essa lietissima del suo stato e sperava un completo ristabilimento, quando sul finire dello stesso mese di Giugno fu presa improvvisamente da forte dolore di capo, che venne susseguito ben presto da apoplessìa, in forza della quale dopo poche ore morì. Chiesto ai parenti il permesso di sezionare il cadavere, ed essendomi ciò stato accordato, rilevai, che per emorragia cerebrale era perita l' inferma. La sezione cadaverica istessa poi mi mostrò che io non avea errato nella diagnosi della pregressa malattia. Portate infatti le anatomiche indagini ai visceri addominali, osservai che il

condotto colledoco enormemente disteso conteneva un assai grosso calcolo biliare, il quale trovasi rappresentato nella Tav. 11.ª fig. 1.ª; notabilmente allargato rinvenni il condotto epatico, e rilevai che alla sommità della cistifellea e verso la di lei parete anteriore esisteva un piccolo pertugio, il quale mettea foce in un breve, e stretto canale fistoloso formatosi attraverso le addominali pareti, ove le medesime erano state divise dal taglio, il qual canale terminava in quel piccolo pertugio, che rimaneva ancora superstite alla esterna superficie dell' addome. E così pure esaminati gl' intestini osservai, che quella porzione di colon trasverso che fiancheggiava la cistifellea, mostrava una apertura elittica larga più di due centimetri, perfettamente chiusa da un sottile e delicato tessuto celluloso di nuova formazione Tav. 11.ª fig. 2.ª Per le quali cose tutte venne dimostrato che i dolori forti all' ipocondrio destro, cui in tempi varii fu soggetta l' inferma, erano in realtà dipendenti dal difficile passaggio della bile indotto di tratto in tratto, ed in seguito di non bene determinabili circostanze, da quel calcolo che erasi soffermato nel colledoco, e che pel volume acquistato dal calcolo stesso, e pel turgore flogistico dal medesimo indotto nel canale in cui era contenuto, essendosi resa impossibile la discesa della bile nel duodeno fu perciò costretta a ristagnare nel condotto epatico, nel cistico, e nella cistifellea in modo da distenderla, da violentemente infiammarla, e quindi da romperla od esulcerarla. Infiammazione la quale essendosi propagata ancora alle vicine parti e specialmente all' adiacente porzione d' intestino colon, quivi passò pure o all' ulcerazione, o alla cancrena. Formatasi in seguito di ciò, tanto nella cistifellea quanto nel colon, un' apertura, escirono dall' una la bile, dall' altra le materie fecali sciolte, che in gran copia versatesi nella regione superiore del cavo addominale, diedero luogo alla formazione del vasto ascesso di cui tenni parola. Svuotatosi poi quell' ampio cavo, e staccatesi ancora quelle porzioni di omento, che in seguito probabilmente dell' irritazione ed infiammazione indotta dal

contatto dei predetti umori erano passate in cancrena, il cavo dell' ascesso andò di mano in mano rimpiccolendo, e nel tempo istesso dai margini dell'apertura ulcerosa formatasi nel colon cominciò ad ordirsi quella pellicola che a gradi aumentando, servì ad obliterare organicamente l'apertura medesima, in seguito di che le materie fecali a poco a poco ripresero la via normale. Contemporaneamente si andò restringendo l'apertura formatasi nella cistifellea, dalla quale apertura trasse origine quel canale fistoloso che, pel contemporaneo rimpiccolirsi della ferita fatta nelle pareti addominali, sboccava con piccolo pertugio al di fuori delle medesime, e dal quale escivano giornalmente poche goccie di siero e di umore bilioso.

Queste cose tutte che appaiono esaminando le figure appositamente diseguate (Tav. 11.ª) ed i pezzi patologici che io ho depositati nel Museo anatomico patologico di questa Università, varranno a convincere della realtà di quanto intorno a simile caso ho narrato, e nel tempo istesso serviranno ad aggiungere alla storia dell'arte un fatto, di cui io credo finora non siavi esempio.

NOTA

Fra i casi più importanti a me noti di colecistite suppurativa, io non ne rinvenni diffatti alcuno in cui, come in quello da me narrato, alla ulcerazione della cistifellea congiungendosi quella di un intestino, l'ulcerazione nel medesimo formatasi rimanesse meravigliosamente chiusa da una pellicola che, come si rende manifesto esaminando il pezzo patologico, *da sè sola*, *ed isolatamente* servì ad obliterarla organicamente in modo, da permettere che le materie fecali riprendessero la loro via normale.

Il *Petit* (1) narra che in una signora dell' età di 30 anni, la quale soffriva da molti anni di dolorosissimi accessi di colica epatica, sotto uno di questi accessi che continuò sei giornate si manifestò un tumore assai teso e doloroso alla regione della cistifellea. Dopo copiose

(1) Mém. Ac. Chir. I. tom. 1.

evacuazioni purulenti e di bile, il tumore ed il dolore si dileguarono, e l'inferma guarì. Scorsi che furono alcuni anni essendo venuta a morte null'altro si potè constatare se non che in quella signora erasi stabilita una comunicazione fra la cistifellea ed il canale intestinale.

Bloch (Med. bemerk) Avendo esaminato un tumore della vescichetta già infiammato, lo trovò duro e dolente, poi si fece fluttuante, ed arrivò a scoppiare da sè, restandovi un foro che si chiudeva e si apriva alternativamente. Si dilatò l'apertura e si levarono 72 calcoli biliari; cessò poscia la bile per due settimane, ed in altre sei l'apertura si chiuse stabilmente.

Il *Monteggia* (1) narra di avere veduto un tumore infiammatorio della vescichetta del fiele occupare in traverso una grande estensione al di sotto dell'ipocondrio destro fino all'epigastrio, formare tre rialzi come di distinte e vaste suppurazioni, uno esternamente e quasi all'indietro, l'altro al sito della vescichetta, ed il terzo all'epigastrio. Avendoli aperti con tre colpi di lancetta ne escì grande copia di materia, e solamente dopo molti giorni si venne a conoscere che doveva essere un ascesso della vescichetta perchè, chiuse le altre due aperture, in poco tempo non rimase più che la media corrispondente alla cistifellea e si vide uscirne molta bile, indi anche de' calcoli.

Lo stesso *Monteggia* poi fa notare che lo scoppio della vescichetta precedendo alle volte la suppurazione, l'infiltrazione della bile o del pus si può fare assai da lontano per le vie della cellulare; ond'è avvenuto che aprendo p. e. un ascesso vicino alle vertebre si vide uscirne dei calcoli, e così in altri luoghi dai quali v'ha sempre comunicazione per istrade sinuose e lunghe colla vescichetta, a meno che questa dopo lo scoppio e l'espulsione dei calcoli non siasi presto chiusa. Qualora poi in causa della presenza di essi calcoli rimanga una fistola, allora, dice il *Monteggia*, riconosciuti che siansi col dito, o collo specillo, se ne farà con piccole tanaglie l'estrazione dopo avere dilatata l'apertura colla spugna preparata o fatta una contro apertura in un luogo più acconcio.

Noterò io per altro che il Ch. Prof. *Santopadre* per evitare i pericoli dei tagli in alcuni favorevoli casi ha potuto estrarre calcoli biliari piuttosto grossi prevalendosi della litotripsia.

Un caso singolare di colecistite suppurativa ci viene di recente narrato dall'Onorevole Collega signor Dott. *Eduardo Vecchietti*, Medico Primario in Orvieto. Ecco ciò che intorno il medesimo potè offrirgli la necroscopia.

(1) *Monteggia* Istituzioni Chirurgiche Vol. 6.° 1830.

Mediante un taglio in croce fatto all'altezza dell'ombellico si aprì la cavità dell'addome, dalla quale escì una piccola quantità di siero limpido giallo-verdastro, ma quando si fu per allontanare la parete del quadrante superiore destro, si trovò che questa aveva contratte forti aderenze attorno allo sbocco dell'ascesso, ed altre meno resistenti in corrispondenza di tutto il tumore e delle parti contigue. Il tumore appariva formato dalla parte inferiore del lobo destro del fegato, e si continuava nel sinistro, mentre l'apertura comunicante col cavo dell'ascesso corrispondeva circa alla fessura epatica all'esterno del legamento rotondo del fegato; la capsula del *Glisson* era sparsa di placche pseudo-membranose, e tutte le parti vicine, stomaco, grande omento, colon trasverso, erano saldate fra loro da essudato fibrinoso. Per dominare meglio l'ascesso e vedere in quale parte precisa del fegato si fosse formato, si pensò di mettere allo scoperto tutto il fegato, togliendo le coste che lo ricoprivano col diaframma corrispondente, e di isolarlo per portarlo fuori dall'addome senza guastare le pareti dell'ascesso. Così fu fatto, e nel capovolgere il fegato per spaccare la cavità dell'ascesso, che s'insinuava sotto la sua faccia posteriore, quale non fu la nostra meraviglia nel trovare che l'ascesso non penetrava nella sostanza del fegato, ma che era soltanto aderente alla faccia concava di questo! Esaminato il pezzo con ogni attenzione rilevammo, che l'ascesso occupava il posto, che normalmente tiene la cistifellea la quale era affatto scomparsa; distaccando poi con delicatezza la parete dell'ascesso dalla massa del fegato si trovò, che questa era intatta e coperta della rispettiva capsula glissoniana, le pareti dell'ascesso aderivano al fegato fino alla fessura epatica, nè il condotto colledoco, nè il cistico poterono seguirsi nella dissezione, perchè confusi fra gli essudati che contornavano l'ascesso. Il fegato era di volume maggiore del normale; al taglio presentava una superficie giallo-rossastra, che lasciava sgorgare poco sangue misto a bile. In tutto il parenchima del fegato non si riscontrò un sol punto suppurante. La milza estratta pure dalla cavità del ventre era voluminosa, pesante, rammollita fino allo spappolamento.

Aperta la cavità del torace anche le pleure contenevano siero in poca quantità; i bronchi erano ripieni di muco spumoso, e nella parte posteriore dei polmoni esisteva un certo grado d'ipostasi. Il cuore era un po'ingrossato, integro negli apparecchi valvolari.

Il cranio non fu aperto; nel rimanente non si trovò nulla di rimarchevole.

Esposti i risultati della necroscopia, l'onorevole Dott. *E. Vecchietti* dichiara che dei casi d'infiammazione di cistifellea da esso lui conosciuti non uno solo terminò col produrre un'alterazione patologica del genere

di quella, che egli osservò nel caso ora riferito. *Graves* (1) ne notò due casi, nei quali durante la vita non vi fu che dolore locale, nausea, vomito e febbre senza tumefazione del fegato. Alla sezione la cistifellea apparve considerabilmente distesa e ripiena di una massa linfatica viscida, di color verde bruno, la quale aveva preso la forma della cistifellea stessa, ed era costituita senza dubbio da un essudato cruposo o difterico. Sotto quest' essudato la mucosa era arrossata e villosa. In altri due casi di colecistite osservati da *Budd* (2) la malattia presentò i fenomeni ordinari dell' epatite, eccettuata la tumefazione del fegato. *Budd* sostiene che per solito tali casi vanno a guarigione, e che tutto al più la cistifellea ne rimane più o meno modificata e cioè contratta o ingrossata; ma ben altre fatali conseguenze sono a temersi nella colecistite, come vedremo nei casi che saranno successivamente citati.

Più grave fu il caso osservato da *Andral* (3) in un calzolaio di 31 anni. Quest' uomo dopo un forte disordine dietetico cominciò a sentire un dolore nella regione epigastrica, che si estendeva verso il lato destro, seguìto il giorno appresso da itterizia; al settimo giorno della malattia si riscontrava già sotto la cartilagine dell' undecima costa un tumore piriforme mobile, che doveva ritenersi formato dalla cistifellea; sei giorni dopo sorse improvvisamente un dolore violentissimo alla regione epatica, che in breve si diffuse per tutto l' addome, rendendo insopportabile ogni pressione, e che produsse un rapido collapso, continuando sino alla morte dell' infermo. Alla necroscopia si trovò la mucosa del duodeno fortemente arrossata, le membrane del dotto colledoco considerevolmente ingrossate, ed il lume del medesimo obliterato; il dotto epatico, il cistico, e la cistifellea erano dilatati, e l' ultima proprio nel suo punto di riunione col dotto cistico perforata da un' apertura della capacità di un pisello.

Casi pressochè simili di rottura della cistifellea in seguito a distensione ed ulcerazione delle sue pareti, con successivo versamento del suo contenuto nella cavità dell' addome e peritonite letale, furono osservati eziandio da *Andral* (4) e da *Rokitanski* (5).

Frerichs (6) riferisce il seguente caso molto interessante di colecistite. Una signora di 34 anni, soggetta a coliche epatiche, vide svilupparsi sul bordo del fegato, all' esterno del muscolo retto, un tumore

(1) Dublin Journ. Nov. 1843.
(2) Die Krankheiten der Leber. Berlin 1846, S. 188 und 191.
(3) Clinique médicale, 1.re edit. IV., p. 495.
(4) Op. cit.
(5) Lehrbuch der pathol. Anatomie, S. 283.
(6) Traité pratique des maladies du foi. Paris 1862, p. 688.

emisferico molto sensibile al tatto, e la cui apparizione fu accompagnata da una febbre molto gagliarda; questo tumore si estese in larghezza e in lunghezza, e a capo di alcune settimane scendeva a 1 $\frac{1}{2}$ pollice al disotto della cresta iliaca, e sollevava le pareti addominali. A tal punto si potevano limitare coll'ispezione i contorni di quella tumefazione oblunga. L'appetito era completamente perduto, vomiti frequenti, evacuazioni rare però brunastre, color giallognolo della pelle e dimagramento notevole. Colla palpazione non si poteva far scorrere la parete addominale sul tumore, nè questo si spostava qualunque fosse la posizione presa dall'inferma. Si poteva dunque ammettere che esistessero delle aderenze, e siccome l'aumento rapido del tumore faceva temere una rottura, si praticò la puntura del medesimo. Sgorgò una grande quantità di bile brunastra mista a muco purulento, la tensione e la sensibilità diminuirono, cessò la febbre, e ritornò l'appetito. Lo sgorgo della bile continuò durante tre settimane, poi diminuì a poco a poco, e il liquido divenne sempre più mucoso sino alla cicatrizzazione della fatta apertura. La malata guarì perfettamente. — *Frerichs* (1) cita un altro caso in cui per solo esito si ebbe la persistenza di tumore piriforme, liscio, consistente, che sporgeva di 2 $\frac{1}{2}$ pollici al disotto del bordo inferiore del fegato. Non avendo questo tumore subìto in quattro settimane alcuna modificazione, e trovandosi l'inferma bene pel rimanente, venne licenziata dall'ospedale.

Un altro bel caso d'infiammazione della cistifellea è quello osservato da *Pepper* (2), che riporterò qui per ultimo. Un uomo di 26 anni, in seguito ad una febbre biliosa trattata col mercurio sino alla salivazione, aveva cominciato a sentire dei dolori nella regione ipocondriaca destra, i quali andarono gradatamente crescendo; all'esame locale si riscontrava un tumore resistente, che lentamente s'accrebbe, divenne elastico, ma senza fluttuazione. A ciò s'aggiungeva dimagramento, diarrea, febbre etica senza itterizia. Avendo il tumore, dopo un paio di mesi circa, raggiunta in basso la cresta iliaca destra, si punse con un trequarti da saggio, e se ne estrassero 2 o 3 oncie di un liquido muco-purulento. Mentre si procurava coll'applicazione della potassa caustica di determinare delle aderenze per venire poscia ad un'apertura decisiva del tumore, il tumore stesso presentò un suono timpanico, la diarrea aumentò, scemarono le forze, e sopravvenne la morte. Alla necroscopia si trovò il dotto cistico completamente obliterato da pseudo-membrane, mentre l'epatico e il colledoco erano perfettamente liberi; la vescica biliare enormemente distesa, conte-

(1) Loco citato.
(2) Schmid's Jahrb. 1857 III. S. 321.

nente un liquido giallo, purulento, misto di bile e di essudato fibrinoso; le pareti della vescica stessa in alcuni punti dello spessore di un quarto di pollice, la mucosa ulcerata e necrotica.

Nei pochi casi quivi raccolti notiamo, che quantunque si trattasse in tutti del medesimo processo determinato dalle stesse ed analoghe cause, in ciascuno si può dire si ebbe un esito di diversa forma. In ciascuno però di questi vari esiti abbiamo riscontrato un carattere comune, la formazione del pus e di essudati infiammatori, e l'alterazione più o meno profonda delle pareti della cistifellea, procedendo sempre dall' interno all' esterno, dalla mucosa agli altri strati che costituiscono le dette pareti.

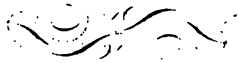
Che se questo carattere comune si riscontrò pure nel caso narrato dal *Vecchietti* ove fuvvi copiosa produzione di pus, anzi distruzione tale delle pareti della cistifellea da farle scomparire affatto o da renderle almeno irreconoscibili, in nessuno per certo di quelli che finora sono noti avvennero le lesioni anatomiche, e le successive fasi salutari che nella Zagoni ebbi io campo di osservare, e per mezzo delle quali la medesima si era potuta ristabilire in salute.

SPIEGAZIONE DELLA TAVOLA UNDECIMA

Figura 1.ª

Forma e grandezza del calcolo biliare.

Figura 2.ª

a) Porzione del colon trasverso in cui ebbe luogo la morbosa apertura *b*.
b) Forma ed ampiezza della medesima la quale si osserva chiusa dalla membrana cellulosa di nuova formazione.

Figura 3.ª

a) Comuni integumenti della regione epigastrica.
b) Cicatrice rimasta nei medesimi in seguito della praticata operazione.
c) Pertugio rimasto superstite e comunicante col canale fistoloso *d*, il quale traeva origine dall'apertura formatasi nella cistifellea nel punto *e*.
f) Specillo con cui è stato attraversato tutto il tragitto fistoloso.
g) Cistifellea aperta.
h) Condotto epatico enormemente allargato.
i) Porzione di colledoco aperto in cui rinchiudevasi il calcolo.
k) Sbocco del colledoco entro l'intestino duodeno.

l) ed *m*) Specilli introdotti nel colledoco, uno dei quali è insinuato nel condotto epatico, l' altro nella cistifellea.

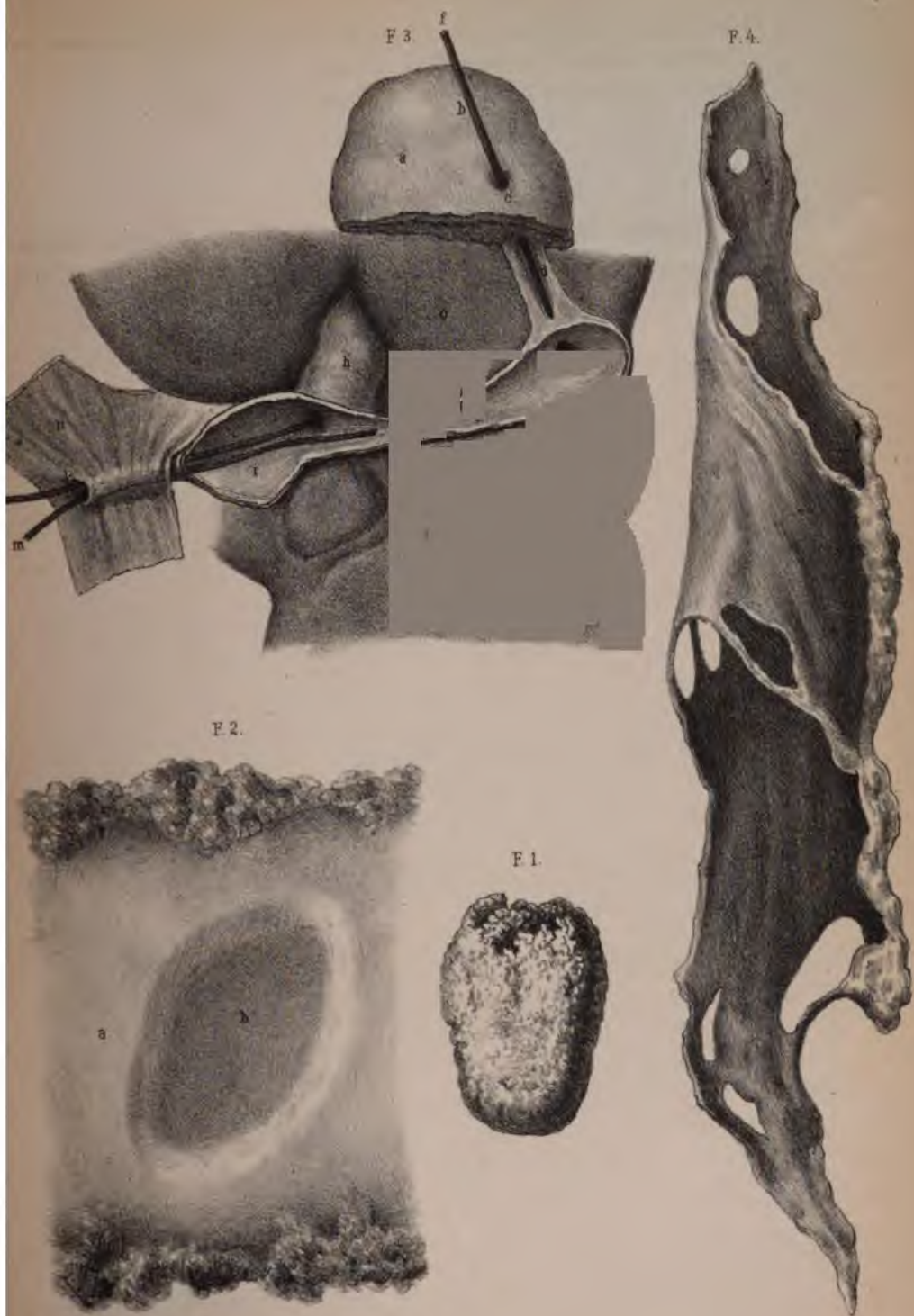
n) Porzione d' intestino duodeno, *o o o* porzione di fegato.

Figura 4.ª

Pezzo d' intestino ernioso ridotto colla chelotomia, poi del tutto cancrenatosi, staccatosi, ed espulso dalla ferita fatta mediante l' operazione.

Tav. XI.

NUOVO PROCESSO OPERATORIO

PER

L' AMPUTAZIONE DEL PENE

E PER LA

ORCHEOTOMIA

Non voglio omettere in questo luogo di rendere noto ciò che fu scritto intorno al mio processo operatorio per l'amputazione del pene dall' Onorevolissimo Dott. *Gaetano Natali* Medico Chirurgo in Sinigallia, che ebbi fra i più distinti assistenti allo Spedale Provinciale e Ricovero, avendo io avuto anche di recente parecchie occasioni per confermare di esso processo la utilità.

Nella Seduta tenutasi dalla Società di Chirurgia di Parigi il giorno 13 Luglio dell'anno 1864, scrive il lodato Dottor *Natali* (1), il signor *Follin* presentò alla Società stessa un pezzo patologico destinato a mostrare l'utilità di un processo operatorio per l'amputazione del pene che egli aveva usato felicemente, e che attribuiva al *Ricord*. Il principale vantaggio del quale processo consiste in ciò, che i bordi dell' uretra divisa non possono insieme conglutinarsi perchè, dopo avere troncato il pene al disotto del

(1) Gaz. des Hôpit. 16, et 23 Jullet 1864.

male, si ha l'avvertenza di incidere la parte inferiore dell' uretra in modo da produrre una ferita a forma di V ed a base anteriore, i bordi della quale si riuniscono coi vicini tegumenti.

Il Prof. *Broca* lodandolo, dichiarò che egli pure l'aveva eseguito felicemente alcuni anni or sono, ed il signor *Richet* fece conoscere che erano già scorsi 11 anni dacchè egli aveva operato con questo stesso processo, per cui riteneva di esserne l'inventore.

Esposte sommariamente queste cose ricavate dai suddetti giornali di Francia, ed avendo ivi letto a tale proposito che lo stesso signor *Richet* dichiara di non sapere se altri chirurghi abbiano usato tale processo operatorio, ho stimato quindi cosa utile e conveniente, a rettificazione dei fatti, di richiamare alla mente di que' chirurghi di Francia, come da moltissimi anni il Professore *Rizzoli* aveva fatto di pubblica ragione il suo processo per l'amputazione del pene (il quale si basa su que' medesimi principii che hanno dippoi guidato i sullodati chirurghi) e che fu commendato moltissimo dalla maggior parte de' più gravi giornali tanto italiani che stranieri. A conferma di questa mia asserzione ho stimato opportuno di pubblicare nuovamente un articolo che redassi quando era Medico-Chirurgo Assistente nello Spedale Provinciale e Ricovero, e che resi noto fino dall'anno 1846 mediante il Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna (Ser. 3 Vol. IX pag. 353). Dall' articolo che riporto è fatto manifesto come il *Rizzoli*, non solo molto prima degli accennati chirurghi compì l'amputazione del pene in modo da far sì che l'uretra rimanesse troncata a V, ma la praticò con tali particolari avvertenze, e con tale speditezza, da renderla anche per ciò preferibile ai conosciuti processi. Così adunque e non altrimenti essendo le cose, ed il processo del *Rizzoli* avendo corrisposto sempre benissimo a Lui medesimo, al cav. Dott. *Peruzzi* (1), al Dott. *Consolini*, e ad altri egregi, credo anche per questo motivo che tornerà acconcio riprodurlo per intero, sperando poi che questa volta abbia la buona sorte di venire ancora a cognizione dei chirurghi francesi retronominati.

Quell' articolo è così concepito. Sono già scorsi due anni da che il Prof. *Francesco Rizzoli* in un caso di dover amputare il pene mise in pratica un suo nuovo processo, che, conosciuto, non può essere a meno venga adottato. Imperocchè si propose Egli di riunire in un solo i vantaggi che offerivano i principali processi fino allora usati, e nel tempo stesso evitarne gl' inconvenienti, alla quale mira non lasciò di corrispondere pienamente il fatto.

(1) Raccoglitore Medico di Fano 1857.

Nè farà d' uopo che prima di descrivere tale operazione indichi del quando si debba amputare la verga; poichè se ella è affetta da cancro, o maligno morbo, ed il medesimo minacci diffondersi allo scroto, ai testicoli, alle glandole degl'inguini, e via parlando, e per questo la vita dell' infermo possa esserne gravemente compromessa, chi non vede la necessità di separare il pene al più presto dal corpo? Dirò piuttosto che per la demolizione dell' organo in discorso fu usata ora la legatura, ora la recisione.

Io non so peraltro come anche nell' ultimo secolo trovasse partigiani, o per meglio dire non fosse del tutto rigettato quel primo modo d' operare. Forse si avrà creduto di accagionare colla legatura dolore istantaneo men vivo al paziente, o porsi così in salvo dell' emorragia. Ma per l' un riguardo sarà sempre preferibile il dolore abbenchè vivo di un istante procurato dal taglio, alle sofferenze indotte da uno strettore a lungo trattenuto in parte tanto sensibile ed irritabile; e per l' altro l' emorragia nel taglio non sarà poi tanto da temersi, mentre che i vasi recisi per molto che si ritirino lascieranno sempre luogo all' allacciatura loro, od alla loro torsione.

Per lo che fu a buon dritto dalla maggioranza preferita la recisione, ed in oggi non v' ha chirurgo che senta altrimenti. La quale unanime e lodevole conformità di parere non riscontrandosi più allora quando trattasi del modo di praticare tale cruentazione, piacemi di farne rilevare le principali differenze ed apporvi qualche osservazione.

Molti chirurghi considerando quasi direi l' amputazione del pene come quella degli arti, ebbero per prima cura di conservare tanta cute da coprire il moncone, nel caso presente formato dei recisi corpi cavernosi e dall' uretra parimenti recisa, e perciò stirarono prima del taglio gl' integumenti della verga all' indietro. Il qual modo di procedere sembra, anzi è utilissimo in parte, tanto più perchè talora i corpi cavernosi dopo essersi momentaneamente retratti, tornano ad allungarsi compita che sia l' operazione. D' altronde però dai conservati integumenti rimanendo coperta l' uretra ancora, ciò impaccia lo sgorgo delle orine, dà luogo non di rado all' agglutinamento della cute coll' uretra nel punto reciso restringendola così di molto, od obliterandola; restringimento ed obliterazione che avviene eziandio per la facilità con cui ponno mettersi a contatto, e scambievolmente cicatrizzarsi i margini dell' uretra nel luogo ove venne troncata. Per cui ha fatto d' uopo, onde ciò evitare, ricorrere alle siringhe elastiche od alle candelette, come *Le Dran* e *Velpeau* fra i molti consigliarono; le quali però, oltre che spesso non sono tollerate, possono coll' irritamento che inducono essere causa di violente flogosi e di nevrosi.

Fu questo appunto il motivo che fece tenere ad altri pratici una opposta via, mentre coi loro processi, invece di ritirare prima del taglio la pelle verso il pube, la stirano piuttosto verso il ghiande a costo di lasciar scoperti sovente i recisi corpi cavernosi. E notisi non essere questo minor danno della chiusura del meato urinario: le infiammazioni dei detti corpi non che delle vicine parti, e per lo meno la tarda cicatrice ne sono le conseguenze. Così che sì gli uni che gli altri chirurghi andarono errati in questo, che pretesero a vicenda correggersi di un difetto con altro difetto non minore.

E passando ora al modo di fare il taglio, sebbene prevalesse la pratica di compierlo in un colpo solo collo strisciare del bistorino posto al disotto della verga e diretto dal basso all'alto, *Boyer* però consigliò di incidere prima circolarmente la pelle, forse per serbarne in maggior copia; mentre alcuni tagliarono il pene in tre tempi, incominciando al disopra, per dar luogo all'allacciatura delle arterie a mano a mano che venivano recise. Altri invece introdussero prima dell'operazione un catetere metallico in vescica e su questo sostegno demolirono il membro; il quale sostegno servire ancora potea a tenere allontanati i labbri dell'uretra recisa, ed impedirne l'unione. A tale catetere metallico *Ricther* e *Barthelemy* sostituirono una sciringa elastica od una candeletta, che nel taglio veniva compresa. Ma le modificazioni fatte all' antico processo resero l'operazione meno spedita e più dolorosa, e tali mali e pericoli ne derivarono, da indurre la maggior parte dei chirurghi a completamente abbandonarle.

A questi difetti impertanto, come i principali, il Prof. *Rizzoli* volgeva l'animo, e cercava evitarli senza per nulla offendere la semplicità e sveltezza dell'operazione.

Nel febbraio 1844 venne ammesso nella Sala chirurgica del Pio Stabilimento Provinciale Ricovero ed Abbandonati di Bologna, certo Domenico Rambaldi, d'anni 62, nato a Monterenzo (Comune del bolognese) onde esser curato di un cancro al pene. Al dire di tal uomo, il male incominciò con un'escoriazione al prepuzio derivata per lui dal fregamento a cui ricorreva, quando dopo le erezioni voleva trovar, ristoro al doloroso prurito che sentivasi al ghiande. L'escoriazione però ben presto passò in ulcere, a cui a poco a poco tenne dietro l'indurimento maligno di tutta la ghianda. Eppure, fosse vergogna o non curanza, mai consigliossi per allora con persona dell'arte, cui solo ebbe ricorso quando alla parte malata si fecer sentire i più vivi e lancinanti dolori. Ma una volta incominciato il cancro non si potè per niun conto arrestare, che anzi con rapido progresso occupò in seguito il pene fino in vicinanza della radice, ed al momento che entrò nello Spedale le glandole inguinali

pure erano notabilmente ingrossate. In tale stato di cose l'amputazione del pene erasi resa indispensabile, alla quale venne perciò opportunamente preparato il Rambaldi.

Nel giorno stabilito l'Operatore si pose al lato destro dell'infermo che giacea nel letto supino, e mentre che coll'indice e pollice della sua sinistra mano stirava all'indietro e verso il pube gl'integumenti che coprono i corpi cavernosi, e difendeva dal bistorino lo scroto, commetteva ad un assistente di stirare la cute che posteriormente e lateralmente riveste l'uretra in direzione opposta, e cioè anteriormente verso il ghiande. Quindi portato il lungo bistorino che tenea nella destra al disotto del membro, tenuto orizzontalmente, diresse il tagliente all'alto ed obbliquamente in avanti, in modo che sembrò dovesse il pene venir reciso a becco di flauto. Ma per tal guisa tagliò l'uretra soltanto, che quindi d'un lampo drizzò il tagliente a perpendicólo, ed in questo senso compì la recisione dei corpi cavernosi. Con tutto ciò l'operazione fu eseguita in un tempo solo, senza staccar il bistorino dalla parte, e la varia direzione data al medesimo fu sì rapida che l'occhio appena potè seguirla.

Dalla qual maniera d'operare, d'altronde semplice e momentanea, doveva risultare: che la ferita presentando un conveniente lembo di tegumenti superiormente, e per contrario scarsezza dei medesimi al disotto in causa dell'opposta direzione in cui furono prima del taglio stirati, essi tegumenti avrebbero potuto cuoprire i corpi cavernosi senza nascondere l'uretra: la quale quindi per essere rimasta libera, e tagliata a becco di flauto, non avrebbe potuto in tal guisa alcuna chiudersi, nè tampoco soffrire restringimento ».

Terminata diffatti l'operazione, e lasciata sortire dal taglio una certa copia di sangue onde prevenire un grado troppo forte d'infiammazione; dopo avere torti i vasi più grossi, si accostarono fra loro i margini della ferita in modo che l'uretra solo nel punto reciso rimanesse dalla cute scoperta, ed i di lei labbri allontanati, nel quale stato essendosi anche in seguito mantenuta, le orine ebbero sempre un libero passaggio, non vi fu mai d'uopo di sciringa o candeletta, e colla medicatura la più semplice in pochi giorni si vide formata la cicatrice, rimanendo l'apertura dell'uretra ampiissima, mentre poi non andò guari che, svanito l'ingorgo alle glandole inguinali, l'infermo acquistò la salute e la forza di prima.

Tornerà poi qui conveniente per lo scopo propostomi, ed a corollario delle mie premesse, il riportare ancora la storia clinica riferita dagli egregi signori Dottori *Peruzzi* e *Consolini*.

Storia del Dottor Peruzzi. — Sante Antonietti, detto Moscatelli, d'anni 65, di Sinigallia, di mestiere fornaio, di venoso temperamento, dedito oltremodo alla venere vaga, contrasse ripetute infezioni sifilitiche

primarie, consistenti in ulceri e blenorragie, che non furono però mai susseguite da bubboni, o da sintomi di lue costituzionale. Or sono sei anni, che per l'ultima volta contrasse ulceri sifilitiche, che avevano sede attorno alla corona del glande, e che restìe a molti rimedï locali, assunsero in progresso il carattere di ulceri fungose, ribelli agli escarotici i più attivi. Fu egli sottoposto ad un trattamento antisifilitico generale, senza ritrarne alcun giovamento: che anzi le ulceri si facevano d'un carattere sempre più maligno, invadevano profondamente tutto il glande, il prepuzio, l'estremità de' corpi cavernosi e la cute che li rivolge, ed acquistavano i caratteri più particolarmente di una *degenerazione cancerosa*. I dolori lancinanti erano acuti e continui, sensibile il dimagrimento, ed acquistava l'infermo quella tinta particolare, che indica la discrasia cancerosa. Non v'era però ingorgamento alcuno alle glandole degl'inguini, e d'altre parti. In questo stato di cose, mi credei autorizzato di cedere alle istanze dell'infelice, che vivamente chiedeva di essere liberato dal malore che lo affliggeva, vedendo tutte le indicazioni per determinarmi all'amputazione del pene, e non esitai di attenermi al processo del Prof. *Rizzoli*, siccome quello che mi sembrava il migliore.

Pertanto ai 17 del mese d'agosto, 1857 assistito dal Dott. *Natali*, mio onorevolissimo collega ed amico, e dai Flebotomi *Eliseo Barboni* e *Giuseppe Discepoli*, vi diedi mano nel modo che segue, con quelle modificazioni, che il caso addimandava.

Situato l'infermo supino sul letto, come i bordi della degenerazione cancerosa giungevano fino alla metà della lunghezza della cute del dorso del pene, mentre ai lati si estendevano più in addietro, per giungere inferiormente fino ai due terzi della lunghezza del pene stesso, non attaccando però la degenerazione cancerosa inferiormente che la spessezza della cute, credei bene di dissecarla dall'uretra sovrapposta, onde conservare al pene la maggiore lunghezza possibile, e raggiungere nel tempo stesso lo scopo essenziale di non lasciar eccedenza di cute inferiormente. La circoscrissi pertanto con due incisioni, che partivano ai lati del pene, e si riunivano assieme inferiormente sulla linea del rafe. Dissecata così la sunnotata cute degenerata, impugnai un piccolo comune coltello da amputazioni, e mentre che colla mano sinistra stirava in addietro la cute del dorso del pene, ed un assistente stirava in avanti la degenerata estremità del medesimo, di cui faceva parte il lembo di cute degenerata e dissecata, vi passai sotto il coltello sunnotato, l'adattai all'uretra preventivamente scoperta di cute, e con una sola strisciata del tagliente del medesimo, diretto prima in alto ed obbliquamente in avanti, troncai l'uretra in isbieco, e quindi volto il tagliente in alto, troncai perpendicolarmente i corpi cavernosi, e la cute sovrastante sana, rimanendo

all'infermo di pene per la lunghezza di tre dita trasverse circa. Furono allacciate le due arterie dorsali, che erano molto sviluppate, una cavernosa, mentre l'altra cedè alla torsione, una uretrale, e la cutanea infeiiore. Quindi si applicò sul moncone una pezzetta bucherellata, spalmata di semplice unguento, e vi si soprapposero delle molli filaccie, tenendo il tutto in sito con idonea fasciatura, non trascurando in pari tempo di lasciare un foro in corrispondenza dell'uretra troncata per lo scolo delle orine. Compita l'operazione, potei far rilevare agli assistenti con quanta facilità può scuoprirsi l'uretra tagliata in isbieco, e come ben serva la cute ridondante del dorso del pene ad addossarsi, ed a cuoprire naturalmente l'estremità de' corpi cavernosi troncati. Scorsi tre giorni staccaronsi tre lacci, ed all'ottavo dì caddero gli altri due, dopo di che incamminossi la risultante ferita alla perfetta sua cicatrizzazione.

Non posso ommettere di far rilevare il vantaggio del servirsi di un piccolo coltello da amputazioni per questa recisione: vantaggio, che consiste principalmente nella possibilità di poter eseguire con una sola strisciata del medesimo quell'incisione, che richiederebbe molti tratti, o moti di va e vieni, di un bistorino ordinario. Possono infatti attestare gli assistenti con che speditezza mi corrispose nella surriferita recisione del pene.

Storia del Dottor Consolini. — Ricci N. di Pietracolora, possidente, di robusta costituzione, sofferse fra i 30 e 60 anni ripetute malattie celtiche. Nell'anno 1856, sessantacinquesimo di sua età, fu attaccato da un' ulcera callosa del prepuzio a bordi rovesciati, la quale gradatamente crescendo, giunse in due anni ad occupare tutto il terzo superiore del pene; a capo del qual tempo l'infermo grandemente molestato da dolori lancinanti recossi da me a consultarmi. Esaminando la parte malata, io la trovava attaccata da un' ulcerazione, che, come ho detto, occupava il terzo superiore del pene; ulcerazione che presentava un fondo assai duro sicchè era manifesta l'estensione della malattia al glande ed ai corpi cavernosi; il colore dell'ulcera era grigiastro, i margini erano duri ed arrovesciati in fuori e in alcuni punti di essa davano sangue al più che piccolo tocco. A questi caratteri io riconobbi nell'affezione in discorso un prodotto eterologo (un cancro). Le glandole inguinali non essendo in alcun modo alterate, io fui certo che non ancora era incominciata la diffusione della malattia, sicchè l'asportazione della parte affetta potevasi fare con fondata speranza di non vedere ricomparire sul moncone o nelle vicinanze di esso, analogo prodotto eterologo. Per queste ragioni consigliai l'infermo all'amputazione che fu da me eseguita nel giorno 2 Maggio 1858, seguendo il processo proposto e praticato dal Prof. *Francesco Rizzoli.*

Messo il malato in posizione supina afferrai il pene alla radice coll'indice e il pollice della mano sinistra stirando indietro la cute del dorso

e dei lati, e feci ad un tempo all' assistente afferrare il pene col pollice sul ghiande, e l' indice e il medio alla faccia inferiore del pene ai lati dell' uretra, stirando così in avanti la cute che ricopre la faccia inferiore del pene stesso. Allora impugnato colla destra un piccolo coltello d' amputazione, ne portai il calcio al disotto dell' uretra tenendo il tagliente rivolto in alto ed in avanti; così tagliai l' uretra, e poscia diretto il coltello verticalmente in alto compii il taglio del resto del pene, e questi due tagli furono, siccome richiedeva il processo, eseguiti in un sol tempo, senza staccare il coltello.

Ciò fatto allacciai immediatamente le arterie centrali, un' arteria uretrale, ed una delle dorsali. L' altra dorsale chiusi colla torsione e con adatta medicatura posi fine all' operazione. Alla terza giornata, durante il sonno, successe erezione dei moncone e in questa cadevano i lacci. Dopo cinque giorni l' operato, quasi completamente ristabilito, potè a piedi fare il viaggio di venti chilometri per ritornare in patria.

In tutto il tempo che scorse dall' operazione e poi, l' emissione delle urine potè effettuarsi colla massima facilità.

Da quanto ho superiormente esposto chiaro apparisce come il processo del *Rizzoli*, accolga in sè l' utilità di lasciare al dorso del pene il lembo di cute necessario a cuoprire i corpi cavernosi, di tagliare invece la cute della faccia inferiore più indietro del punto ove l' uretra va a trovarsi, il che impedisce che la cicatrizzazione della cute istessa venga a portare il nuovo meato al centro della cicatrice, e quindi a chiuderlo in molta parte, ottenendo così i vantaggi che si propone ora l' inglese *Earle* nel taglio longitudinale dell' uretra; finalmente di ottenere col taglio dell' uretra obbliquo, molto ampio il meato istesso, la quale ultima utilità serve anche assai bene al facile cateterismo nel caso di ritenzione d' urina, ed esclude così il bisogno di una sciringa permanente.

Esposte queste storie aggiugnerò infine che allorquando la malattia maligna per la quale si è costretti d' amputare il pene si estende fino al tratto di uretra ricoperto dalla porzione alta dello scroto, tanto il *Rizzoli*, quanto il Prof. *Baroni*, dopo avere diviso nel suo mezzo longitudinalmente tutto lo scroto stesso in due parti eguali ed asportato il pene canceroso, avvolsero da ambo i lati separatamente col tegumento scrotale il rispettivo testicolo, ed ivi fissarono le due metà dello scroto con alcuni punti di sutura interrotta, formando così come due grandi labbri in mezzo ai quali trovavasi lo sbocco dell' uretra già troncata, e come appare nelle donne, nel qual modo mentre si rese facile l' emissione delle urine, si evitò nel tempo stesso qualunque pericolo d' infiltramento urinoso nello scroto, e negli adiacenti tessuti.

Acciocchè poi si venga in cognizione del mio processo di Orcheotomia, mi varrò di una storia Clinica tolta dal Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna (1868) che qui per intero trascrivo.

Clinica Chirurgica diretta dal Prof. Francesco Rizzoli — Encefaloide al testicolo sinistro. — Asportazione col processo del Rizzoli. Storia dello studente Napoleone Vecchi.

Dal Pino Giovanni, d'anni 44, nasceva naturalmente in Lugo da genitori sani. Il padre morì d'apoplesia all'età di circa 60 anni, la madre a 50 di malattia consuntiva: quali organi fossero di preferenza attaccati non mi fu dato lo stabilire. Degli altri parenti nulla di notabile. Giunto il Dal Pino all'età di otto anni, mentre con un compagno si trastullava in giuochi fanciulleschi, ricevette da lui nel testicolo sinistro un colpo di tale forza, che cadde senza sensi per alcuni momenti: riavutosi però non pare gli si gonfiasse il testicolo o altro fenomeno si avverasse. Ai 19 anni contratta per coito con donna pubblica una blenorragia uretrale nè avendosi troppi riguardi, ebbe a soffrire di epididimite sinistra che lo costrinse al letto per un mese e che veniva curata con applicazioni ripetute di numerose mignatte: ritornata la salute s'avvedeva che il testicolo era rimasto leggermente ingrossato. A 23 anni avuto nuovamente commercio con pubblica meretrice contraeva un'altra blenorragia, cui ben presto facevano seguito i fenomeni di epididimite sinistra; la cura fu la stessa che la prima volta e la malattia in un mese si dissipava. Ad ogni modo è certo che niun disturbo lasciavangli le epididimiti pregresse, perchè nel 48 e nel 49 sosteneva incolume le gloriose fatiche del milite volontario. Così senz'altro incomodo il nostro malato giungeva ai 42 anni, epoca da cui veramente datavano i prodromi della malattia dalla quale quel testicolo vedevasi compreso. Nel principio del 1866 infatti s'accorse che, senza causa nota, gli si gonfiava ed induriva il testicolo stesso: contemporaneamente sorgeva colà la sensazione di un dolore continuo, ottuso, che si irradiava alla regione lombare e che s'esacerbava dietro i disordini dietetici. Da quel tempo il testicolo andava malgrado le continue cure sempre più ingrossando. Gli empiastri linosi, le lozioni topiche colla tintura di iodio, coll'unguento mercuriale, l'uso interno del ioduro di potassio e dell'olio di fegato di merluzzo furono i principali rimedi inutilmente esperimentati.

Notisi che di poi ebbe a soffrire di tosse accompagnata da abbondante escreato biancastro, verso sera capitava talvolta la febbre: l'infuso di tiglio e il decotto d'orzo mielito furono i soli rimedi usati:

poi non ebbe più febbre e solo qualche colpo di tosse che nella mattina era più frequente.

Il 27 Aprile 1868 entrava in questa Clinica, e l'esame obbiettivo offriva i seguenti risultati.

Il testicolo sinistro era grosso quasi come un pugno, di forma rotondeggiante, e non si poteva distinguere il punto di passaggio dall'epididimo al testicolo: la pelle che lo ricopriva era più scura, del resto avea i caratteri normali nè avea contratta aderenza coi tessuti sottoposti: la consistenza del tumore era considerevole: in alcuni punti, specialmente in basso, un po' più cedevole, nessun dolore alla pressione: il testicolo destro un tantino compresso, in alto normale: le glandole inguinali leggermente ingorgate, più le sinistre che le destre, le altre sane. L'esame degli organi addominali negativo. Alla percussione del torace, a destra fonesi normale, a sinistra in alto leggera ipofonesi; all'ascoltazione a destra nulla di particolare, a sinistra in alto rumore respiratorio aspro e qualche sibilo nella espirazione. Lo stato generale della nutrizione discreto.

Dalla serie dei quali fenomeni e per molte altre considerazioni essendo state escluse le affezioni benigne del testicolo, quelle cioè che non ne rendono necessaria l'asportazione, e venuti in chiaro trattarsi di affezione maligna e precisamente di cancro encefaloide (come poi lo confermò la osservazione microscopica), pensando di più che la circoscrizione della lesione degli organi respiratori, il lentissimo andamento, o se pur vogliamo, l'arrestarsi del processo davano buone speranze, il nostro maestro decidevasi all'atto operatorio.

Per altro, piuttosto che i processi varii di legatura del funicolo o delle arterie spermatiche od i diversi processi d'asportazione più comunemente consigliati, sembravano in questo caso preferibili quello del *Kern*, quello del *Rima* oppure dello stesso *Rizzoli*. Coi due primi però si ha il grande inconveniente di portar via tutta la cute che copre l'organo da operarsi, sicchè la ferita che ne rimane ampia, d'ordinario non permette di cuoprire bene colla superstite porzione di scroto l'altro testicolo, ed è quindi più difficile da cicatrizzarsi, donde anche il danno di abbondanti suppurazioni per la larga scopertura delle parti. Invece il processo del *Rizzoli*, che più sotto descriverò, salva quasi tutto lo scroto e mentre ha il sommo vantaggio della prontezza, colla legatura parziale dei vasi ci mette al sicuro dal tetano che pur troppo si può avverare colla legatura in massa. Il nostro clinico compie il suo processo nel modo seguente:

Collocato l'infermo supino, un'assistente postosi dalla parte dell'organo malato tiene il cordone spermatico fra il pollice e le due prime dita, mentre un'altro assistente situato in faccia al primo, tiene molto stirato

dal lato opposto il pene e il testicolo sano insieme alle parti molli sovrastanti. L'operatore collocandosi dalla parte malata afferra colla sinistra il testicolo da asportarsi, spingendolo un po' in alto contro l'anello inguinale per potere nell'atto della operazione conservare maggior copia di scroto in basso. Diffatti preso colla destra un apposito Orcheotomo (che è un coltello bottonato a lama lunga e discretamente larga, la ottusità della cui punta mette al sicuro dalle lesioni delle parti attigue nei movimenti bruschi del malato), pratica l'incisione di esso scroto dal basso all'alto, rasentando il margine interno del testicolo da asportarsi spinto in alto: allora non più spingendo verso l'orifizio inguinale il testicolo, lo stira anzi in basso sicchè egli possa bene dominare il funicolo, il quale ogni qualvolta per la sua brevità fosse a temersi che sfuggisse dalle dita dell'assistente, è da questi tosto afferrato con pinzette uncinate, dopo di che taglia trasversalmente il cordone e compie l'operazione scorrendo col tagliente sulla faccia esterna del testicolo, per formare così coi corrispondenti scrotali tessuti un lembo esterno; infine lega parzialmente i vasi che danno sangue. Tutto ciò fa operando a sinistra, giacchè quando agisce sul testicolo destro, talvolta forma prima il lembo esterno, indi tronca il funicolo, ed infine, rasentando il margine interno del testicolo, divide in basso la intermedia porzione di scroto guardando sempre di salvare il setto. Quindi messi a contatto i lembi, e ricoperto per tal modo assai bene il superstite testicolo e la cruenta superficie, applica la medicatura semplice delle compresse ed un fasciatoio che tenga leggermente sostenute le parti.

Il processo suddescritto adoperava il *Rizzoli* nel caso presente. Dopo l'operazione, che compievasi in pochi istanti, l'infermo veniva riportato al proprio letto soddisfatto e tranquillo. Essendo decorso un mese dacchè l'operazione fu eseguita, la ferita trovandosi presochè in ogni punto cicatrizzata, lo stato generale dell'infermo essendo buonissimo, fu dimesso dal Clinico Stabilimento in quella buona salute, che da lungo tempo non aveva goduto, e che continuò di poi a fruire.

URETRONISI INTERNA

NEGLI OTTURAMENTI DEL CANALE URETRALE

PRODOTTI

DA TESSUTO FIBROSO

Nel non breve periodo di tempo in cui mi fu affidato l'onorevole incarico di Assistente, e di Medico Chirurgo Primario nello Spedale Provinciale e Ricovero, atteso il gran numero d'infermi che vi erano accolti, potei in vasta scala occuparmi anche della cura delle malattie degli organi urinari e massime delle stenosi organiche uretrali. Bramoso di compierne il trattamento nel modo il più razionale, mi diedi premura di osservare coi miei propri occhi le materiali cagioni che le determinavano; e siccome gli esami fatti soltanto sui malati non potevano essere a ciò sufficienti, presi il partito d'ispezionare anatomicamente l'uretra non solo di quei pochissimi che nello Spedale per gravi successioni morbose indotte dall'anzidetto male venivano a morte, ma ben anco di buon numero di coloro che di altre infermità perivano; persuaso che fra questi ne avrei trovati alcuni i quali nel corso della loro vita essendo andati soggetti alla blenorragia, o ad altre affezioni capaci di determinare questo genere di stenosi, mi avrebbero perciò porta occasione di tanto meglio

confermarne la natura. Ed in ciò non rimasi deluso, avvegnachè mi convinsi che il canale uretrale può rendersi più o meno ristretto per morbosi prodotti molto diversi, fra i quali primeggia il fibroso, che prende d' ordinario sua sede al disotto della membrana mucosa uretrale, mentre poi in altri casi, ed in numero grandemente minore, il lume del canale uretrale è reso in qualche suo tratto più o meno angusto da materiali morbosi di natura diversa, e cioè: da ingorgo cronico semplice, o flogistico della mucosa uretrale, da fungosità sorte da un'ulcera formatasi allo interno dell'uretra, da polipetti, da piccoli condilomi sviluppatisi nell' uretra del ghiande, da valvole, da briglie a direzione trasversale, da prodotti maligni, da calcoli, da tumori di varia natura aventi lor sede anche nelle parti e negli organi adiacenti all' uretra stessa, e sulla medesima prementi.

Ma delle stenosi uretrali, che non riconoscono per causa il tessuto fibroso non intendo ora parlare, giacchè in alcuni altri miei scritti qualche cosa ne dissi, ed altrove sarà più acconcio l'occuparsene; per cui ora di quelle derivanti da questo tessuto farò cenno soltanto. Ed anzitutto rammenterò, che il tessuto fibroso tendente ad otturare, od otturante l'uretra in qualche punto, sebbene quasi sempre sia conseguenza di blenorragie o di uretriti, pur qualche volta è l'effetto di traumatiche cagioni. In simili casi, e quando specialmente il trauma determinò una reale perdita di sostanza, il tessuto cicatrizzio che la rimpiazza non si sviluppa mai in tanta copia da riprodurre in totalità il tratto di parete uretrale perduta; motivo per cui in quel punto, non solo si rende angusto il canale nel suo interno, ma l'uretra nella sua circonferenza rimane essa pure rimpiccolita in modo più o meno sensibile. Vidi, fra i varii casi di questo genere da me osservati, parecchi anni or sono nella mia Clinica, un ragazzo, in cui l'uretra in seguito di una caduta, era rimasta troncata in prossimità dello scroto. Alcuni branelli dei due piccoli uretrali monconi eransi mortificati e staccati, in forza di che il

tessuto fibroso cicatrizzio retrattile che andò via via formandosi alla circonferenza dei monconi stessi, trascinolla verso il centro, ed obliterò in quel punto completamente il canale del moncone superiore, lasciando soltanto un piccolo spiraglio nello inferiore da cui a esilissimo filo escivan le urine. Fu quindi necessario il togliere colle forbici in ambidue i monconi, ed in tutta la loro circonferenza, il tessuto cicatrizzio affine di porli in condizioni tali da permettere, mediante conveniente processo autoplastico, di ristabilire la continuità del canale uretrale ed il libero corso alle urine. Ottenuta la guarigione, fu poi indispensabile l'introdurre di tratto in tratto nell'uretra una candeletta, altrimenti si sarebbe di nuovo ristretta.

I restringimenti dell'uretra di questo genere, sono quelli che a rigore ponno chiamarsi restringimenti dell'uretra; non così gli altri in cui, sebbene il tessuto fibroso tenda a rendere più angusto o ad otturare il canale uretrale, l'uretra però nella sua circonferenza non va soggetta a rimpiccolimento di sorta, come appunto d'ordinario si osserva allorchè il tessuto fibroso non deriva da trauma, e sviluppasi, e sporge al disotto della mucosa uretrale. Questi ultimi restringimenti sarebbe meglio denominarli, piuttosto che dell'uretra, del canale uretrale. E ciò sarebbe ben fatto anche pel riflesso, che non di rado il tessuto fibroso che fa prominenza entro il canale sviluppasi in tanta copia, da fare sporgere in quel tratto l'uretra all'infuori, e da aumentarne perciò la circonferenza invece di rimpiccolirla o restringerla. Questo tessuto fibroso poi, è più o meno consistente, ordinariamente elastico, la mucosa che lo riveste vi è intimamente adesa, e quasi mai si snatura. Qualche volta la mucosa si vede longitudinalmente increspata sul corpo fibroso stesso, qualche altra è tesa ed assottigliata, oppure ispessita per essudati plastici, per turgore, o per cronica flogosi. Talvolta è abrasa, ulcerata e scompare; e quando è fusa nel tessuto morboso e ne fa parte, allora questo è di natura maligna.

Il tessuto fibroso indicato, più comunemente rinviensi in prossimità dell'uretra bulbosa, ma prende sede pur anco nell'uretra spugnosa, nella membranosa, nella prostatica, in quella del ghiande, e perfino nel suo meato esterno, o anche in più tratti dell'uretra nel medesimo tempo. La lunghezza di questi corpi fibrosi è varia, da un millimetro l'ho veduta oltrepassare sei centimetri. Talvolta sono così piccoli da sporgere sotto la mucosa a mo' di dentini, quasi sempre sono circolari e giungono perfino a fare sparire in quel punto il lume del canale, o vi rimane soltanto un piccolissimo pertugio od un esilissimo canaletto che, chiudendosi sotto violenti sforzi fatti per urinare lascia uscire a stille le urine. In alcune rarissime circostanze invece si osserva che la vescica in simile guisa non potendosi svuotare del tutto a poco a poco si amplia, e che le urine, per prender posto, dopo avere sfiancato lo sfintere vescicale, penetrano ancora nel tratto di uretra che trovasi al di dietro del corpo fibroso e l'allargano, e se giungono altresì a sfiancare un pochino l'apertura di sbocco lasciata dal corpo fibroso, filtrano di continuo attraverso di essa originando l'enuresi. Quando invece questa apertura non può più dare passaggio a qualsiasi stilla di urina, allora ha luogo l'iscuria che, non curata, cagiona tutti quei guasti e quei mali che rendono penosissima la esistenza, o che conducono a morte. Si abbia poi sempre presente che non di rado, anche allorquando il tessuto fibroso che ottura il canale uretrale origina la iscuria, lascia però allo ingresso ed alla escita del canaletto, attraverso il quale con istento in antecedenza uscivan le urine, una piccolissima lacuna, nella quale alcune volte si può penetrare colla estremità di sottilissima candeletta o sciringa, ed in modo da giungere pazientemente a superare l'ostacolo, o da permettere pur anco di effettuare l'interna uretrotomia, e farle spiegare in modo ammirabile la sua grande potenza immediata.

Non tacerò ora per altro, che sebbene questa operazione pei subiti perfezionamenti sia oggigiorno ridotta a tale

semplicità da non potersi forse sperare maggiore (1), e da indurre i più distinti chirurghi a valersene anche in casi non molto gravi come mezzo più sicuro ad ottenere stabili guarigioni, pur tuttavia, secondo me, le sue applicazioni devono essere molto limitate, sia perchè essa non è immune da pericoli, sia perchè anche dopo di essa può aver luogo la recidiva della stenosi e talvolta ad un grado molto maggiore di prima.

Un caso che di recente ebbi in cura me ne diede la prova più convincente. Trattavasi di un robusto e ben costituito uomo, che da molti anni soffriva di stenosi del canale uretrale originata da sviluppo di tessuto fibroso sotto mucoso, e che per guarirlo fu parecchie volte operato coi più apprezzati processi di uretrotomia interna da chirurghi valentissimi. Pochi mesi or sono subì l'ultima operazione; ma la stenosi rinnovossi a tal grado da non permettergli se non se a brevi intervalli, dopo violentissimi sforzi, di emettere a goccie le urine. La vescica in causa di ciò non potendosi svuotare del tutto, erasi gradatamente in modo enorme distesa, per cui l'infermo oppresso da sì penoso male a me ricorse, disposto essendo di sottomettersi alla esterna uretrotomia consigliatagli come mezzo molto più acconcio a liberarlo dalla recidiva del male.

Al momento, dirò soltanto che posi ogni studio per poterla evitare, e innanzi di esporre il partito cui mi appigliai in questa gravissima circostanza, voglio rammentare il modo veramente onorevole col quale alcuni italiani antichi e moderni figurano nello eseguimento della esterna uretrotomia, acciocchè si renda manifesto doversi ai medesimi, rispetto ad alcuni modi di praticarla, quella preminenza che agli stranieri vorrebbesi attribuire.

(1) Ciò si otterrà specialmente quando il chirurgo potrà prevalersi della scorta, nel qual caso a mio avviso è preferibile l'uretrotomo del Chiarissimo Prof. Bezzi Clinico Chirurgico a Modena.

Con questo intendimento riferirò da prima alcune cose di fatto, intorno alle quali saggiamente, non è molto, rivolse pure l'attenzione un mio illustre Collega ed amico, il Prof. *Palasciano*.

Il *Civiale*, egli dice, nella sua importante Opera sulla uretrotomia, vuole stabilire la verità storica della invenzione, ed assicurare alla Chirurgia francese titoli che non ha. Dopo avere egli convenuto che *Rhazes* fa menzione di una operazione eseguita sull'uretra che portava il nome di bottoniera, e che *Avicenna* ne parla come di pratica volgare ai tempi suoi, fa cominciare la storia dell'uretrotomia eseguita colla scorta da *Thévenin* e da *Colot*. Ma il *Palasciano* nel rammentare giustamente il metodo suo proprio di cura delle invetерate fistole urinarie esposto dal *Barbarisi* fino dall'anno 1855, nel tempo stesso fa conoscere non potersi mai più negare che tale scoperta si appartenga all'Italia. *Marco Aurelio Severino* nel capo 83 della Medicina efficace, *de caruncula in fistula vescicae*, espone il metodo dell'uretrotomia, e ne riferisce l'onore a *Girolamo Cardano* e *Durante Scacchi*. „ Indita ductum in urinarium syringa, dumque haec impellitur, adverso notatoque loco ubi repellitur, respondenti infra locum consecandum alte sic, ut in conspectu veniat caruncula, tum quo vitium existit, *adurenda* demoliendaque caro est inutilis, radicitus sic, ut repullulandi tollitur omnis suspicio. Ab his curata rite ustura exterum aut circa ex accomodatis medicamentis conflata candela, aut specillum ex plumbo cum aliqua hydrargyria portione compositum, ad exactum usque coalitum ulceris in canali perpetuo detineatur. „ E similmente ne parla nei cap. 69. 84.

Ora *Thévenin* è posteriore a *Marco Aurelio Severino*, a *Durante Scacchi*, ed a *Girolamo Cardano*, sì perchè egli inaugurò la reazione alla medicina efficace, sì perchè le sue Opere furono stampate la prima volta in Parigi nel 1658, vuol dire dopo la morte di *Severino;* ed il „ Traité de l'opération de la taille avec des observations sur la formation de la pierre,

et la suppression d'urine di *Colot* „ fu stampato la prima volta a Parigi nel 1727. Veramente il *Civiale* non è molto colpevole perciò, avendo egli copiato, senza avvedersene, il *Bertrandi*, che ignorò il libro di *M. A. Severino* (1).

Adunque fin da più di due secoli fa esistevano due modi diversissimi di operare l'uretrotomia: la bottoniera, o occhiello arabo che si fa senza conduttore incidendo il perineo ed introducendo una cannella dal perineo nella vescica: e l'uretrotomia italiana che si pratica col catetere scannellato spaccando e distruggendo il restringimento dall'avanti all'indietro.

Ed è ben naturale che in Italia, ove venne immaginato e giammai obliato, come lo fu altrove, il catetere solcato per operare la litotomia perineale, si usasse altresì del medesimo nella esterna uretrotomia per ottenere anche in questa quei felici risultati che, dopo quella stupenda invenzione, non mancarono eseguendo la litotomia sopraindicata. E che questo metodo fosse sempre, ed a ragione, tenuto in onoranza dagl' Italiani, diversamente da quanto in generale si opina, ne fa piena fede quanto ne scrisse l'*Alghisi* nella sua Opera pubblicata in Venezia nel 1708. Questo celebre litotomista infatti, dopo avere mostrati i difetti del piccolo e dell'alto apparecchio, si esprime in questi termini. „ Il metodo più proprio e di tutti gli altri il migliore è quello di far l'incisione nel perineo nella direzione dello sciringone solcato; ed è il più sicuro ed approvato. „ In tale e tanto pregio poi l'*Alghisi* tenne la sciringa solcata, da valersi egli pure di un catetere retto, e del pari scannellato, per operare anco le donne affette da pietra.

Stando per altro a ciò che non pochi oggigiorno ne pensano, dovrebbesi almeno al *Syme* di Edimburgo l'avere fino dall'anno 1844 richiamata dall'oblio in cui era caduta da

(1) *Palasciano* Memorie ed osservazioni di Chirurgia Pratica. Napoli 1860 Vol. 2° p. 202.

lungo tempo l'esterna uretrotomia eseguita colla scorta, che per altro egli proscriveva in caso d'iscuria, ed ammetteva soltanto, quando l'organico ostacolo alla emissione delle urine era permeabile per inciderlo, e dare a quelle stabile e libero corso. E sebbene di poi il *Coulson*, il *Leroy d'Etiolles* ed altri in simili casi imitassero il *Syme*, la adottarono però anche quando eravi iscuria; nel qual caso il *Coulson* introduceva il conduttore fino al restringimento, e dopo avere inciso il perineo e l'uretra al di dietro del medesimo, insinuava nell'uretra, ove era stata aperta, una sonda scannellata rivolgendone il becco allo avanti contro il restringimento per forzarlo in modo da superarlo e da giugnere fino al becco del catetere, tagliando poscia colla scorta della tenta a tutta spessezza il tratto di uretra ristretta. Anche il *Leroy d'Etiolles* preferiva di oltrepassare il restringimento dallo indietro all'avanti; ma per contrario il *Sedillot*, il *Vidal*, il *Dutrelepont*, lo percorrevano in senso inverso. Insinuato diffatti il becco del catetere entro l'ostacolo organico per quanto poteva essere possibile, aprivano l'uretra al davanti di esso, poscia ritirato alcun poco lo siringone, penetravano nell'uretra ove era stata incisa con una sottile e smussa tenta, cercando di insinuarla entro l'ostacolo, e con questa scorta lo incidevano completamente.

Ma anche codesti processi furono già e sono da lunga pezza praticati in Italia. Leggasi infatti ciò che scrive il *Monteggia* nella sua classica Opera di Chirurgia, allorchè parla della cura dei restringimenti del canale uretrale, e nella medesima troverassi, non solo che la bottoniera eseguita nel modo testè descritto era da esso consigliata in alcuni casi assai gravi di restringimenti del canale uretrale, ma che l'esterna uretrotomia era ben anco proposta in certi vizi della prostata e perfino in alcuni mali della vescica, come venne ai nostri giorni commendata. Ecco cosa scrive il *Monteggia*:

„ La convenienza della bottoniera negli stringimenti d'uretra è stata confutata da *Desault*, principalmente sulla

ragione, che se la siringa può passare attraverso allo stringimento, si può farne la cura senza del taglio; e se la sonda non può passare, niuna guida si ha per ispaccare l'uretra in giusto modo nella parte ristretta; e su questo egli ha ragione in generale. Si danno però de' casi di fistole orinose prodotte da vecchi restringimenti d'uretra, ed accompagnate da moltiplicità di seni anche remoti e da grosse callosità al perineo, le quali impediscono il maneggio della siringa tenendo l'uretra compressa e schiacciata. In tali casi introdotto un catetere solcato per l'uretra fin dove può inoltrarsi, e fattovi sopra un taglio al perineo fino all'aprimento dell'uretra, si trova alle volte di aver tagliata anche la parte angustiata in cui erasi per avventura insinuato il becco del catetere; o se porzione di stringimento rimane intera, si può colla sonda scannellata andar seguendo e spaccando l'uretra fino al di là dello stringimento medesimo, percorrendosi per così dire a piccoli tratti rettilinei la curva irregolare del ristretto canale a poco a poco colla sonda e col taglio, ciò che non potevasi fare per una sola linea continuata percorsa colla siringa. Vidi qualche caso così operato, ottenendosi la guarigione, anche senza uso consecutivo di candelette o siringhe, sebbene poi sia cosa più certa e ragionevole l'adoperarle per qualche tempo, affine di assicurare la libertà del canal naturale. Inoltre quel taglio centrale al perineo vale a dispensarci dalla spaccatura di tutte le fistole, che a guisa di raggi vi collimano; e finalmente la divisione delle durezze ed il loro scioglimento colla suppurazione indotta dal taglio, rendono più facile la consecutiva introduzione della siringa. „

„ Riguardo al taglio prolungato alla prostata nei mali d'orina prodotti da ingrossamento cronico, o da suppurazioni e fistole di questa parte, le quali non han potuto guarire col solo scoppio nell'uretra o nella vescica, non può negarsi che qualche malato potesse in tal modo venir liberato, dandosi luogo e ad una suppurazione della glandola ingrossata,

colla speranza dell'impicciolimento di essa (1), e all'espurgazione e consolidazione de' seni ulcerosi sparsi per entro alla medesima. Non sarebbe però da pensare a tale operazione così facilmente in qualunque soggetto, ma solo quando trattisi di male grave, recante continui incomodi, ed in persona senza ciò suscettibile di sopravvivere abbastanza lungamente all'effetto, supposto felice, della operazione, che altronde non è esente da qualche pericolo. Nè egli converrebbe p. e. il pensare al taglio della prostata semplicemente ingrossata nei vecchi, e portante soltanto le ritenzioni d'orina ricorrenti di tempo in tempo. „

„ Finalmente valer potrebbe il taglio esteso fino al collo della vescica in certi vizi cronici e gravi della medesima, ove però non si abbia troppo motivo di sospettare un vizio scirroso o canceroso, inamovibile con verun mezzo. Imperciocchè, azzardata in certi casi l'apertura della vescica, si può riuscire per avventura a discoprire un calcolo insaccato, un fungo, o altro tumore da potersi in qualche modo levare, o un'ulcera da detergere con iniezioni, tenendo intanto aperto il taglio, libero l'esito all'orina, e l'ingresso alle iniezioni col mezzo di una grossa canula d'argento, fatta passare per l'apertura del perineo in vescica. Nel tomo terzo del Giornale med. di Venezia sono riportati da *Borsieri* alcuni casi d'operazioni fatte dal nostro *Uccelli* in certi mali d'orina, senza trovare calcolo in vescica, nè altro distinto vizio, tuttavia con grande sollievo ed anche colla guarigione consecutiva di qualche infermo „.

Ma mentre il *Monteggia* (che io ammirerò sempre per la sua grande sapienza e perizia, e ricorderò colla più soave emozione dell'animo mio, perchè a lui devo la vita, avendomi egli stesso in Milano, mediante il forcipe, estratto dall'utero di mia madre, straziata da laboriosissimo travaglio di parto),

(1) Anche *Richter* sostiene in tal caso la convenienza della bottoniera. Chir. bibl. 13 B.

mentre dico il *Monteggia* consigliava l' uretrotomia esterna dallo avanti all' indietro, per incidere il tessuto che l'otturava, il Prof. *Giuseppe Atti* poi, la eseguiva ancora incidendo l'organico ostacolo dallo indietro all' avanti. A conferma di che trascrivo testualmente le parole che il preclaro mio maestro, il Prof. *Gaetano Termanini* vergò nel tessere le lodi di questo nostro valentissimo Clinico ed operatore, acciocchè appaia con tutta verità quanto io sono venuto osservando.

„ Praetermissis iis fistulis, quae vel a lithotomia, vel ab abscessu perinaei oriuntur, eas curatu asperiores fistulas considerandas suscipit Attius, quae a coagmento, a cicatrice, a callo, ab excrescentia, vel a tumoribus adjacentibus urethrae proficiscuntur; quibus causis inhibitus urinae cursus, in subjectum scrotum, aut in perinaeum, discissa urethra, irrumpit, suoque perenni stillicidio ulcus parit et fovet, quod deinde in fistulam abit „.

„ Curationem hujus morbi eo dirigebat Attius, ut urethrae obstacula, scilicet causae removerentur, et fistulae callus consumeretur; adeo ut urina, relicta perinaei via, in pristinum urethrae canaliculum, per quem excurreret, se reciperet „.

„ Hujus porro curationis duplex occurrit casus: alter scilicet, in quo urethra, licet admodum impedimentis coarctata, subtilissimum tamen specillum, vel catheterem admittit: alter vero, in quo obstaculis praedictis obstructa penitus urethra, impenetrabilis evasit. In primo casu sufficere Attius putat, omnes fistulosos sinus quotquot in urethra hiant, incidere, et linamentis interpositis suppurationem in iisdem ciere, ex quo callus exeditur, et cicatrix obducitur; qua perfecta non difficiliter urethrae angustia, immissis in eam specillis flexilibus, ex gummi elastico vel ex cera, initio gracillimis, mox crassioribus, paullatim relaxatur. Alterum autem casum, qui omnium pericolosissimus est, quique ipsi se obtulit, ita describebat Attius. Pertinax ischuria hominem quemdam excruciabat: nullum specillum, vel maxime exile, urethram trajicere poterat: ingens vitae imminebat discrimen: una salutis spes

vescicae punctioni nitebatur; quae tamen multis de causis ut fit, in posterum quotidie differebatur. Urina interim diuturnioris morae impatiens, disrupta urethra adversus obicem in proximam cellularem iter sibi patefecit; ubi oborta primum, dein remota gangraena, foramen substitit, ex quo urina, ab urethrae hiatu profluens manabat. Tunc Chirurgus, qui curationem susceperat, verens ne forte rima illa deinceps obstrueretur, cupiens immo eam fistulosam, idest perennem fieri, parvum obturamentum ex cerae frustulo in ea constituit, atque manere jussit: cujus consilium aspernatus aeger, cum jam id accidisse, quod Chirurgus exoptabat, ratus esset, obturamentum neglexit; quo factum est ut rima paullo post coaluerit, et redeunte ischuria, in vitae discrimen aeger iterum fuerit adductus. Inter haec accersitur Attius, cui nihil aliud superesse videbatur ad miserrimum hominem ab interritu prohibendum, praeter vescicae punctionem. Cum autem animadverteret Attius, quam aerumnosa futura esset reliqua aegrotantis vita, si perenni vescicae foramini et perpetuo urinae stillicidio, quod nec obturamentum valet omnino cohibere obnoxius fieret; in mentem ei venit novam esperiri curationis rationem, dubiam illam quidem, et factu difficillimam quae causam auferret, et urethram reseraret, ut naturalem viam urina posset relegere. Cumque cognovisset, se nunquam in urethram catheterem immissurum, nisi prius obstacula, quibus ejus canalis occludebatur, dimovisset; naturam sibi proposuit in exemplum, quam recordebatur alia via urethram sponte aperuisse, atque ita aegrum ab ischuria paullo ante liberasse; eaque spe clausum urethrae spatium laxare contendit. Hinc juxta perinaei suturam; quae *rhaphe* vocatur, membranaceam urethram inter bulbum et prostatam, ubi urethra ex urina tumebat, incidit. Erupit illico magno impetu ingens urinae copia. Tum Attius per inflictum vulnus in anteriorem, sive exteriorem urethrae partem sulcatum specillum eo consilio demisit, ut in obicem offenderet. Occurrit statim specillo urethrae angustia, in quam cum caute et

leniter specillum ipsum insinuasset, per ejus sulcum exilissimi cultri aciem ulterius impulit, quo urethrae angustiam illam omnino relaxavit. Deinde sulcatum specillum, a vulnere extractum, per urethrae orificium in eundem locum demisit; quo alterum obstaculum, ibi inhaerens, eodem cultro superavit. Patuit exinde latus et facilis urinae transitus a vescicae cavo ad exterius urethrae orificium „.

„ Cum autem vulnuscula istiusmodi abstergi coeperunt, metuendum sibi Attius putavit ne urethae, obducta cicatrice, in pristinam angustiam adduceretur: ad quod antevertendum expedire duxit, torulum ex cera in urethram intromittere, atque adeo retinere, donec vulnus penitus obduceretur; quod revera brevi tempore prospere successit „.

„ Huic simillimam curationis rationem paullo post Josephus Nessius in suis Institutionibus Chirurgicis, anno millesimo septingentesimo octogesimo nono editis, proposuit; ac proinde eam ipsam, quam paullo ante invenerat Attius, sua auctoritate et exemplo confirmavit „.

„ Quomodo autem se geret Chirurgus, cum obstaculum urethrae non prope, sed procul a perinaei vulnere insidet? Huic quoque, asperrimo sane incommodo, Attius occurrit; namque scalpello, quod in primo casu adhibuerat, in hoc altero cuspidatum stilum, argenteo tubulo exceptum, subrogavit; ita ut obstaculo obviam praeiret fistula, mox in eam impelleretur stilus ad impedimentum diffindendum. Quod si urethrae obstaculum vescicae ostio ita proximum esset, ut tuto incidi in perinaeo urethra non posset, propterea quod neutiquam ibi ejus tumor prodiret; Attius exemplo suo auctor est, demittendum esse in urethram, usque ad obstaculum, catheterem sulcatum nullo termino circumscriptum: scalpelli communis ope incisionem quinque linearum in perinaeo instituendam juxta catheterem: per ejus sulcum, vulnere jam denudatum, perexilem fistulam inter ambages, et anfractus urethrae paullatim et cautim insinuandam, donec in vescicam, quod ibi facillimum factum est, possit penetrare, et nonnihil

urinae ad aegrum levandum educere. Deinde argenteum specillum sulcatum juxta fistulam in vescicam demittendum, suo sulco excipiens fistulam: quo facto fistula educitur, et gracilissimo scalpello, in sulcum specilli ducto, quidquid urethram impediebat, scinditur, discutitur, evertitur. Hoc artificio relaxata extrema urethrae cervice, catheterem ex gummi elastico, duce specilli sulco, in vescicam protrudere docet, alterumque ejus extremum per idem vulnus in superiorem urethrae partem impellere, donec ab ejus orificio prodeat: ibique jubet per aliquod dies parmanere. Hac ratione in uniformem, quae ejus propria est, latitudinem urethrae canalis restituitur: et ad perinaei vulnus, ad circumpositam cellularem urinae aditus intercluditur „.

„ Ut autem curatio haec expeditior, et aptior fieret, duo videbantur desiderari; commodior scilicet elastici catheteris in superiorem urethrae partem ingressus, et obstaculorum, quae superiorem hanc urethrae partem saepe intercipiunt, facilior et tutior incisio. Hisce defectibus ut mederetur Attius, specillum excogitavit, quod perexiguo capitulo praecedens, inter urethrae angustias se se insinuaret. Aliquanto vero supra capitulum nonnihil crassescebat specillum, et sulco fodiebatur, ut angustissimi cultri aciem ad obstacula illa perfringenda posset excipere. Relaxato canaliculo, specillum jam a perinaei vulnere prodibat, atque usque eo demittebatur, donec parvulum foramen, prope ejus capitulum ad sulci radicem hians, in conspectum Chirurgo se daret. Huic foramini superius elastici chatheteris extremum, in cujus ostium specilli capitulum jam se intulerat, innectebatur, ejusque ope in reliquum urethrae spatium trahebatur „.

„ Monendum tamen, in hoc tantum casu catheterum elasticum intrudi et manere in urethra Attium voluisse; namque in caeteris casibus, in quibus nullum aliud vitium praeter hiatum vulneri perinaei respondentem, urethrae inhaeret, ... o perniciosam, catheteris praesentiam in urethra

„ Caeterum ingeniosa hac curatione, quibuscumque urethrae obstaculis, atque impedimentis ab se accomodata, periculosam adeo et molestam cistotomiam ei tantummodo ischuriae Attius reservavit, cujus causa in prostata inest, aut in vescica (1) „.

Gl' istrumenti del Prof. *Atti*, che cotanto perfezionarono la esterna uretrotomia, figurano ancora nell' Armamentario chirurgico della Clinica di questa Università, ove egli con tanta fama insegnò; e mentre i di lui precetti intorno la medesima servirono ai suoi scolari di norma utilissima in casi assai ardui, furono pel *Venturoli* e per me, che a lui succedemmo, argomento validissimo per imitarlo e per celebrarne i pregi ai discepoli nostri.

Perchè poi viemmeglio appaia il conto in cui fu tenuta l' esterna uretrotomia presso di noi, farò noto anzitutto un veramente straordinario caso in cui alla medesima ebbe ricorso uno dei più destri ed arditi nostri operatori, il *Baroni*. Un ufficiale dei Carabinieri, in causa di organico otturamento dell' uretra resosi ribelle a molti e varii mezzi curativi, era da lungo tempo in preda ai più penosi tormenti. Fistole urinarie egli aveva all' ipogastro, al perineo, alle natiche, allo scroto, che scorgevasi tumido in modo enorme; la vita di questo infermo versava per ciò in grande pericolo, ed era quindi urgente il fare ogni sforzo onde liberarlo da tanto male. Il Prof. *Baroni* avendo trovati vani i diversi tentativi da esso lui fatti a superare l' organico ostacolo, che vietava affatto alle urine di percorrere il canale dell' uretra, si determinò d' eseguire l' esterna uretrotomia.

Introdotto il catetere solcato nell' uretra, potè percorrerla fino in corrispondenza allo scroto, ove fu arrestato dal corpo che ivi l' uretra chiudeva completamente, e che non poteva allo esterno essere debitamente esplorato e sentito, a motivo

(1) De vita et scriptis *Josephi Atti* Medici Chirurgici Praestantissimi Comentarius auctore *Cajetano Termaninio*. Bononiae 1827.

dell' enorme volume e della durezza assunta dallo scroto. Fatta quindi stirare la borsa per quanto fu possibile in basso, acciocchè meglio si potesse agire sul tratto di uretra ove avea origine lo stringimento, ivi incise il tegumento ed i diversi strati che l'uretra cuoprivano, e colla scorta dello siringone penetrò colla punta del bistorino dentr' essa al davanti del restringimento. Allora introdusse uno specillo sottile ove l'uretra era aperta, ed in modo da poterne fare scorrere la punta ottusa entro il solco dello sciringone, che era quello dell'*Atti*, il quale, essendo mancante del cul di sacco, permise allo specillo di spingersi innanzi e di giugnere fin contrò il corpo organico otturante l'uretra; nel quale con molta pazienza e cautela penetrò, dopo di che potè l' operatore sostituire allo specillo una tenta scannellata, e ritirare il sciringone che a me aveva affidato. Colla nuova scorta della tenta, e per mezzo di un bistorino retto ed a punta, cominciò egli ad incidere quel corpo fibroso cercando man mano di avanzare colla tenta affine di dividerlo completamente e di penetrare nel tratto posteriore di uretra pervia. Ma la lunghezza di quel corpo era tale da non permettergli di avanzare col taglio quanto occorreva per inciderlo del tutto, a meno che non si dividesse ancora il tumido scroto; per un istante il *Baroni* esitò, ma, costretto dalla necessità, lo divise longitudinalmente in due metà, e così l'uretra ostrutta potè essere dominata e debitamente aperta in tutto il tratto otturato. Terminata questa laboriosa operazione, e difese le parti cruentate con faldelle e pannilini spalmati di semplici unguenti, si lasciò libero il corso alle urine per la ferita fatta, nel qual modo sgonfiaronsi ben presto le tumide parti, e si disposero a guarigione le fistole. Quando poi la cicatrice della vasta ferita cominciò a chiudersi, e l' uretra nel luogo in cui fu aperta a rimarginarsi, si pose a permanenza una sciringa elastica lungo l'uretra, e si cercò di accostare per quanto si potè le due porzioni di scroto diviso. Un profondo cordone cicatrizzio nel suo mezzo lo riunì, lasciando quivi però un'apertura fistolosa

da cui escivan le urine. Del resto l'infermo così bene si riebbe, da potere continuare nel militare servizio; soltanto allorchè era costretto di spandere acqua, per non bagnarsi, o doveva atteggiarsi in quel modo che a ciò fare prediligono le donne, od invece percorrere tutta l'uretra colla siringa.

In questo caso, veramente raro, poteva forse tentarsi la chiusura della fistola mediante l'uretroplastica, se l'infermo vi avesse accudito. Ma ciò che in lui non si potè effettuare, venne da me praticato in un ragazzetto nel quale l'esteso organico ostacolo uretrale, che fu conseguenza di trauma, cagionati avea così temibili guasti da costringere del pari a dividere lo scroto per il lungo in due parti.

Aggiugnerò ora di volo che sebbene la esterna uretrotomia eseguita all'Italiana, o colla scorta, offra quella sicurezza di esecuzione che nell'Araba manca, nondimeno ponno darsi alcune particolari circostanze in cui sia saggio divisamento porre anche questa alla prova.

Il Chirurgo Dott. *Wiglienghi* soffriva da oltre 40 anni di stenosi uretrale, che egli non aveva mai curata atteso lo spavento che in lui destava il cateterismo; soltanto inducevasi ad insinuare nel canale uretrale la più esile candeletta di cera quando era minacciato dalla iscuria. Una volta malauguratamente per quanto egli con ogni cautela si adoprasse nello intento, ed i chirurghi che chiamò ad assisterlo vedendo infruttuosi a togliere l'iscuria i mezzi energici più validi da essi loro esperimentati, e non riescendo a persuaderlo di sottoporsi alla paracentesi ipogastrica della vescica che loro sembrava indispensabile, vollero che io mi recassi da lui onde distoglierlo dal suo fermo proposito. Non fu però possibile indurlo a permettere d'esplorare l'uretra di sorta, ed ogni più insinuante maniera non valse a determinarlo alla puntura ipogastrica; dichiarò egli di voler piuttosto morire. Siete, allora gli dissi, almeno disposto a concedermi di penetrare nell'uretra senza conduttore e di togliere così l'ostacolo alla emissione delle urine? Pensò un poco, poi mi disse di sì.

Approfittando di quel momento propizio, tosto rinnovai le indagini più convenienti per istabilire la sede precisa dell' organico ostacolo, e sentitolo colle mie dita sicuramente subito al di dietro dello scroto, colle dita stesse senza perder tempo ivi lo fissai, e con un bistorino puntuto, d'un tratto attraversai il tegumento, penetrai colla punta nell'uretra al davanti di esso ostacolo, lo incisi in tutta la sua lunghezza, giunsi così al tratto di uretra posteriore che sapeva per gli esami fatti in antecedenza pervia, ed allora, ordinato avendo all'infermo di premere affinchè le urine escissero, queste vennero emesse dalla ferita a grosso getto, e con immenso ristoro dell' operato. Ciò fatto non posi la siringa lungo tutta l'uretra, e neppure alla maniera degli Arabi, giacchè quand' anche l'operato lo avesse permesso, in quel momento non mi pareva indicata; mi limitai quindi a trattarlo come se fosse stato operato di calcolo vescicale. Ma appena la ferita cominciò a chiudersi, reso essendosi più mansueto l'infermo, insinuai di tratto in tratto nell' uretra una grossa candeletta acciocchè con tanta maggior sicurezza ampio ne rimanesse il canale. Ottenutasi una completa cicatrice visse egli dopo di ciò parecchi anni in perfetta salute, e morì nel 1855 per Cólera Asiatico.

La siringa poi introdotta soltanto nell'uretra perineale alla maniera degli Arabi non è stata da me trascurata in quei casi gravissimi in cui esistendo infiltramenti urinosi, seni, fistole, tane, enorme tumidezza di parti, false strade, non era possibile l' agire con sicurezza in modo alcuno direttamente sull' ostacolo, ed il tenere una siringa lungo l'uretra col fine di deviare le urine dai fistolosi seni, e ridonare così alle medesime il corso normale. (1) In simili casi incidendo

(1) Il Dott. *Barbarisi* riferì all' Accademia Medico-Chirurgica di Napoli nell' Aprile 1855, e nel Maggio 1856, che il Prof. *Palasciano* in varii casi d' inveterate fistole urinarie aveva ottenuto felici risultati incidendo tutti i seni fistolosi, aprendo ampiamente l' uretra nel luogo del

l' uretra al perineo dove i tessuti trovansi sani, ed introducendo per la ferita fatta nell' uretra perineale una siringa elastica fino in vescica, si deviano con sicurezza le urine dalle parti ammorbate, e si dà campo al loro rifacimento. Quando poi non rimane a chiudersi che l' apertura perineale fatta ad arte, quando non havvi più luogo a temere nuovi infiltramenti urinosi e le parti trovansi in uno stato di placidezza, riesce allora molto più facile il dominare l' ostacolo uretrale colla candeletta, colla siringa, o coll' uretrotomo, il ristabilire così il regolare corso alle urine, e l' ottenere nel tempo stesso la chiusura della ferita fatta al perineo.

Di fronte però ai grandi beneficii che ponno ripromettersi dalla esterna uretrotomia (1), non è a dissimularsi che nella esecuzione della medesima si incontrano qualche volta gravi difficoltà e pericoli. Si osserva diffatti in alcuni casi, e specialmente quando dopo avere aperta l' uretra al davanti del corpo fibroso non si riesce collo specillo o colla tenta a percorrere l' angustissimo tramite lasciato dal corpo fibroso istesso ed a distinguere debitamente i tessuti ad esso lui adiacenti, per essere i medesimi nella loro organizzazione profondamente alterati, che l' ostacolo in causa di tutto ciò non rimane inciso, e che l' uretra qualche volta resta aperta soltanto al di sopra ed al di sotto di esso. E così pure per fatto della esterna uretrotomia, in especial modo quando la incisione comprese profondamente ed ampiamente il bulbo dell' uretra, può aver luogo l' emorragia anche assai grave, e tale da richiedere energici mezzi onde essere frenata. In questi casi

restringimento, ed applicando profondamente il cauterio attuale sulla superficie cruente. Lo stesso Prof. *Palasciano* nell' anno 1865 alla Clinica Chirurgica di Napoli fece delle particolari lezioni intorno questo grave argomento.

(1) L' uretrotomia esterna eseguita colla scorta, o senza, è stata di recente commendata in un interessante lavoro del Prof. *Eug. Boeckel* di Strasbourg.

per certo si deve fare gran conto del tamponamento, che può assai bene eseguirsi colla canula che vedesi descritta e delineata nella succitata opera dell' *Alghisi* e di cui esso valevasi dopo avere eseguita la litotomia mediana. Questa canula ai nostri giorni venne impropriamente attribuita al *Dupuytren*, il quale ha però il merito di avere unito alla medesima, per meglio tamponare, un pannolino da riempirsi di fila, in quel modo stesso che consiglia il *Monteggia* per arrestare le emorragie derivanti dalla ferita dell' arteria intercostale.

E sebbene dal complesso delle cose esposte possa arguirsi che io tengo in gran pregio l' uretrotomia esterna, ponendo però mente ai pericoli da cui può essere accompagnata e susseguita, consigliare non la posso che in estreme circostanze; e si fu appunto per questo che anche nell' infermo di cui superiormente tenni parola, e che dissi essere venuto a me perchè deliberato di sottoporvisi, cercai di risparmiarla.

Dirò quindi che prima di tutto pensai se piuttosto poteva essere in lui indicata la cauterizzazione. Ma sebbene io non rifiuti questo metodo, specialmente dopo ciò che con tanta dottrina ne ha scritto un mio preclaro collega il Prof. *Pacchiotti*, e mi ci affidi per correggere quello stato morboso della mucosa uretrale che è indotto da croniche e circoscritte flogosi od iperemie, e per togliere quegli ostacoli al libero corso delle urine che sono cagionati da fungosità sorte da un' ulcera intra-uretrale, da condilomi, o da polipi, nel mio infermo però l' ostacolo organico uretrale essendo di natura fibrosa, la cauterizzazione non mi parve opportuna, e sembrommi più adatto il tentare di superarlo con mezzi dilatanti, coi quali non di rado avea ottenuti ottimi risultati, anche in casi difficilissimi, purchè usata avessi della massima delicatezza e pazienza nello adoperarli, e quando, piuttosto che valermi delle candelette di guttaperca, d' avorio, di corda di budello, di osso di balena, di piombo, di stagno, di gomma elastica, avea data la preferenza a quelle di cera che vengono fabbricate qui in Bologna alla Cereria Buratti.

Di queste hannovene delle esilissime e così via via delle più grosse. La loro estremità vescicale può rendersi conica o fusiforme a piacimento, e le si può dare, se vuolsi, quella piega che meglio piace, quando non torni più utile l'introdurle rette, curvandosi da sè nel percorrere l'ultimo tratto dell'uretra. Nell'inverno bisogna un poco confricarle o riscaldarle perchè si rendano più soffici; nello estate invece occorre tenerle in luogo fresco acciocchè mantengano una certa consistenza.

Purchè sia l'uretra non molto irritabile, con queste candelette compio la cura in pochi giorni, anche quando il pertugio od il canaletto che devono attraversare è esilissimo. Oltrepassato che l'abbia colla candeletta più fina, o con una più grossa se questa può subito penetrarvi, la lascio in sito due o tre minuti, poscia provo di ritirarla dall'uretra, e se mi accorgo, come quasi sempre avviene, che il corpo fibroso non la stringe fortemente, la levo, e tosto ne introduco un'altra più grossa, e così una terza ed anche una quarta lasciandola in sito sempre pochi minuti, giacchè mantenendo nell'uretra le candelette, come taluni consigliano, per alcune ore, si irrita l'uretra di troppo. Ciò fatto lascio in quiete ed in letto l'infermo fino al giorno successivo, lo tengo anche a scarso vitto, e faccio fomentare la parte perchè non si ingorghi, ed allora, semprechè l'uretra non sia irritata, torno ad introdurre la candeletta che per l'ultima insinuai nel giorno innanzi, e poscia ogni due o tre minuti altre 3, e 4 sempre più grosse, e di pari guisa mi regolo nei giorni successivi, nel qual modo riesco in poco più di una settimana ad ottenere la massima dilatazione del canale.

Se ad onta delle indicate cautele l'uretra ne rimane sdegnata, allora mi limito alla semplice compressione escentrica eseguita con una sola candeletta per pochissimi minuti, o colla candeletta medesima percorro soltanto l'uretra ogni giorno, ed allo istante la levo e non ne aumento la grossezza nei giorni appresso, se non se quando sono sicuro che

l'uretra è in uno stato di placidezza, altrimenti sospendo per qualche giornata la cura.

In pochissimi casi però, e cioè quando il tessuto fibroso che chiude l'uretra è molto stipato e resistente, e per questo l'introduzione della candeletta non è possibile, mi prevalgo da prima delle siringhe metalliche, le quali, benchè sottili, offrono però una resistenza molto maggiore delle candelette, e tale che d'ordinario basta a superare con pochissima forza l'ostacolo, poscia ricorro alle elastiche. A seconda del punto in cui l'ostacolo ha sede, mi valgo di siringhe o rette o ricurve. Le prime sono da me preferite in tutto il tratto in cui può rendersi l'uretra retta, le curve nell'altro tratto. Le siringhe rette che io prediligo sono un po' diverse da quella che immaginò il *Santarelli* e che poscia venne tenuta in onore dall'*Amussat;* le seconde sono verso il becco appena ricurve come quelle consigliate dall'*Alghisi*, dallo stesso *Santarelli* (1) lodate, ed usate pure dal *Mercier.* Ecco cosa hanno di particolare le siringhe rette che io adopro e che furono

(1) Il *Santarelli* pel primo, fino dall'anno 1793, trovandosi in Vienna fece diverse esperienze sul cadavere e sul vivo alla presenza di vari Professori di Chirurgia, indotto da altri esperimenti fatti mentre era ancora studente di anatomia in Firenze nella scuola del Prof. *Lorenzo Nannoni*, per mostrare la facilità colla quale poteva introdursi nell'uretra e nella vescica una siringa *totalmente* retta, e si decise di pubblicare colle stampe le sue idee intorno sì importante argomento; il che servì certamente a compiere la serie dei fatti che prepararono, ovvero che richiamarono in uso la litotripsia. In un suo manoscritto poi che trovasi nella Biblioteca Comunale di Forlì, nella quale città esercitò con grande rinomanza la chirurgia, intitolato « Trattato elementare Teorico Pratico di Chirurgia, e di Ostetricia », ove lo stesso *G. B. Geremia Santarelli* parla del catetere o siringa, fa conoscere ciò che di poi la esperienza ha confermato, e cioè che in varie circostanze per adattare meglio lo strumento alla precisa figura e direzione dell'uretra conviene che la sciringa sia alquanto curva, a somiglianza cioè della leggier curva che offrono quelle in uso per la donna, con la punta ad oliva e con piccole fenditure ovali ai lati, non escludendo anzi in alcuni casi, sebbene assai rari, il catetere molto curvo.

ideate dal *Baroni*. La siringa retta del *Santarelli*, come le ordinarie siringhe, allo interno mostrasi vuota, e ciò serve non solo ad evacuare l' urina contenuta in vescica, ma altresì ad iniettarvi dei liquidi. Il *Baroni* volendo servirsi di questa siringa anche per esplorare i calcoli vescicali, e sapendo egli che la loro sonorità è tanto meglio sentita quando contro i medesimi si urti con una siringa metallica retta e massiccia, affinchè la sua siringa la pareggiasse, la fece riempire con uno stiletto così grosso che del tutto l'otturasse. In tal modo, non solo più marcatamente potevasi udire la sonorità del calcolo, ma se occorreva per rinvenirlo, il vuotare dell' urina la vescica o l' iniettarvi dei liquidi, bastava togliere il grosso ed otturante stiletto perchè la siringa potesse a ciò prestarsi. Una piccola variazione io credetti bene di farvi, e si fu di ridurre conica, od olivare, la sua estremità vescicale che in quella del *Baroni* vedesi arrotondata; e ciò feci perchè meglio penetrasse nei restringimenti uretrali. L' essere poi la siringa massiccia, e quindi non facilmente flessibile, fa sì che essa acquisti anche il pregio di potere esercitare sulla medesima, senza che si pieghi, quel grado di forza che può rendersi necessaria acciocchè meglio oltrepassi il pertugio o canaletto lasciato dai corpi fibrosi sviluppati entro l' uretra.

Nello eseguire questa siringatura, deve il chirurgo prima assicurarsi ben bene di essere penetrato nello ingresso dell' ostacolo colla estremità conica della retta siringa, dopo di che con una sostenuta ma moderata pressione cercherà di oltrepassarlo. Se invece il chirurgo non è penetrato neppure un pochino nell' angusto pertugio o canaletto lasciato dal corpo fibroso, se questo è di consistenza molto maggiore delle pareti uretrali, se nel premere, come alcuni impropriamente consigliano, contro quel corpo eserciterà molta forza,

Prova questa della somma saggezza del *Santarelli*, il quale molto giudiziosamente sapeva adattare nelle singole circostanze il mezzo più accone a superare gli ostacoli che nell' uretra incontrava.

in allora piuttosto che riescire ad attraversarlo si lacereranno le membrane dell'uretra e si formeranno anche temibilissime false strade.

Superato pertanto che siasi l'ostacolo con una sottile e metallica siringa retta o ricurva, se la necessità mi spinge a lasciare la siringa a permanenza in vescica, come è d'uopo quando ad ogni istante è minacciata l'iscuria, fermo la siringa al ghiande, e se non rimane strozzata dall'uretra la levo dopo alcune ore e ve ne sostituisco subito un'altra più grossa, ma di gomma elastica, e scorse varie altre ore ne pongo una di calibro sempre maggiore, e così in due o tre giorni giungo alla grossezza massima. Dopo di che, per non irritare d'avvantaggio l'uretra, levo affatto la siringa, e per mantenere convenientemente dilatato il canale, ogni giorno per pochi minuti vi passo una grossa candeletta, con questa avvertenza, che se le pareti interne dell'uretra a motivo della pregressa permanente applicazione della siringa si fecero un poco turgide, e perciò non permettono subito l'introduzione facile di una candeletta o siringa molto grossa, ne insinuo temporariamente una un poco più sottile, per ingrossarla di poi. Finalmente avverto, che quando sono riescito a penetrare entro l'uretra e la vescica colla siringa metallica, perchè si renda meno incomoda all'infermo, e le urine siano meglio emesse e raccolte, piego allo in giù la porzione che corrisponde al suo padiglione, in modo che essa assuma le due curve che sono proprie dell'uretra quando il pene è abbassato, e così la riduco alla antica siringa che fu rinvenuta negli scavi di Ercolano e di Pompei (1) proposta poi dal *Petit* e dal nostro Prof. *Fabbri*.

Il metodo di dilatazione temporaria da me descritto fu appunto quello che pienamente corrispose nell'infermo assai grave di cui feci cenno più in alto, e intorno al quale mi

(1) *Vulpes*. Illustrazione di tutti gli strumenti chirurgici scavati in Ercolano e in Pompei, Napoli 1847.

serbai d'indicare il trattamento curativo cui fu da me sottoposto. Riescito diffatti ad insinuare nella sua uretra una esilissima candeletta di cera, venne la medesima colle norme indicate sostituita da delle più grosse, nel qual modo il canale uretrale acquistò in pochi giorni la massima ampiezza, che per certo conserverà se quest'uomo, altrimenti di quanto in addietro avea fatto, stando ora ai miei consigli, avrà cura d'esplorare debitamente di tratto in tratto l'uretra per assicurarsi delle sue condizioni normali.

Quando però l'ostacolo fosse assolutamente impermeabile, e non si riescisse quindi in modo alcuno ad introdurre nell' uretra qualsiasi candeletta, siringa, dilatatore metallico cilindrico, o agente lateralmente (come sarebbe quello veramente pregevolissimo del *Corradi*), ed ineseguibile pure fosse l'uretrotomia interna, in allora piuttosto che immediatamente accingersi all'esterna uretrotomia, od alla paracentesi della vescica, che è pure da taluni adottata, credo sia in non poche circostanze preferibile la perforazione del corpo fibroso otturante l'uretra, mediante il mio processo d'interna uretronisi.

Questo processo fu varii anni or sono da me eseguito felicemente, e venne colla seguente storia reso noto dal Dott. *Romei* (1).

„ B. D. di Porto Maggiore, di anni 32, di temperamento sanguigno, nell'anno 19.° di sua vita fu affetto da blenorragia venerea uretrale, della quale malattia, egli disse, esserne guarito completamente nel lasso di cinque mesi di cura.

„ Contano però oramai sette mesi dacchè alcune difficoltà nella facile emissione delle urine in lui ebbero cominciamento, le quali difficoltà furono dapprima non calcolate dall'infermo, sperando sempre di liberarsene senza alcun sussidio speciale. Ma le sue mal fondate speranze non andò guari che per

(1) Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna, fascicolo di Novembre 1858.

intero svanirono, giacchè le sofferenze ogni giorno si accrebbero, per cui fu costretto di ricorrere al chirurgo del paese, dall'assistenza del quale però non ottenendo alcun giovamento, si decise di portarsi in Argenta per essere curato dal distintissimo signor Dott. *Modoni.*

„ Rilevò egli che l'ostacolo che incontravano le urine nell'uscire dall'uretra nel B. consisteva in una abnorme produzione che aveva sede nell'uretra vascolosa, il quale morboso prodotto era giunto a tale grado da obliterare ivi quasi per intero il lume dell'uretra stessa, di guisa che le urine non potevano escire che a piccolissime goccie. Fu per questo tentato e ritentato di superare l'ostacolo in diversi modi, e si usarono pure varii mezzi fondenti locali, ma indarno; l'ostacolo non cedeva menomamente, e per più volte il nostro infermo ebbe a soffrire di una iscuria completa temibilissima.

„ Per tutto questo il B. amò di ricorrere alla assistenza del Prof. *Francesco Rizzoli.*

„ Dall'esame generale del malato non rilevò egli alcun che di morboso, se si eccettui un certo grado di dimagrimento, e quell'espressione nei lineamenti del volto che è propria dell'uomo sofferente. Nella località malata poi cadeva sotto gli occhi innanzi tutto una ipospadia congenita limitata alla regione della fossa navicolare, avente una apertura alquanto piccola e circondata da tessuto mucoso. Nella parte inferiore della porzione mobile spugnosa dell'uretra, la vista ed il tatto in ispecie avvertivano una durezza quasi cartilaginea, di figura ovoide, avente il suo diametro maggiore della lunghezza di millimetri venticinque (quasi un pollice), nella direzione dell'asse dell'uretra stessa, mentre il trasversale diametro segnava sette millimetri, la quale durezza aveva suo termine dieci millimetri circa al di qua del bulbo uretrale; questa produzione morbosa sotto le pressioni era dolente, e mediante esatte esplorazioni rilevavasi costituita da durissimo tessuto fibroso di nuova formazione. L'emissione

dell'urina facendosi a piccole goccie e con moltissimo stento, la vescica urinaria non potevasi perciò svuotare, e gonfia per raccolta di urina sormontava la regione del pube sotto forma di tumore. Anche il *Rizzoli* fece nel B. molti tentativi onde togliere quell'ostacolo, ma non potendo di guisa alcuna superarlo, si decise in causa di ciò per un processo, ch'egli ama appellare uretronisi.

„ Lo scopo precipuo di questo processo consiste nel trapassare nel suo centro per la via dell'uretra l'abnorme produzione con adatto trequarti, e nell'aprirsi così una via alla introduzione di quei mezzi, che nell'atto che valgono a rendere facile e spedita l'emissione delle urine, servono pure a distruggere completamente il tessuto morboso di nuova formazione.

„ Per compiere questa operazione si servì di un trequarti retto foggiato nel modo medesimo che si usa dai chirurghi per il così detto saggio dei tumori, lungo centimetri venti e del diametro di millimetri quattro e mezzo.

„ Innanzi però di procedere all'esecuzione di quest'atto operatorio, credette indispensabile di allargare nel B. il meato urinario esterno ove trovavasi l'ipospadia, acciocchè si avesse una apertura capace di permettere il facile ingresso di quei corpi, che contribuire dovevano al completo allargamento dell'uretra. Dopo di che nel giorno 29 settembre fu eseguita la uretronisi nel modo che sono per dire.

„ Ordinato all'infermo di tentare d'emettere con qualche forza le urine, questo umore trovando un valido impedimento alla sua progressione nell'ostacolo esistente nell'uretra, se si eccettuino poche goccie che lo superarono, si raccolse in tale copia dietro lo stesso ostacolo da distendere il tratto d'uretra, ove si era soffermato, in modo d'ampiamente dilatarla, il che poteva permettere, attraversato che fosse il morboso prodotto uretrale col trequarti, di penetrare nel sottostante tratto di uretra senza pericolo di ferirla. Allora un assistente afferrato il pene alla base del glande, lo portò

nella direzione perpendicolare formando così un angolo retto col pube. Dopo di che il professore col pollice ed indice della mano sinistra afferrò l'uretra nella sua porzione morbosa, mentre che colla destra armata del trequarti lo introdusse nell'interno dell'uretra per il meato urinario esterno, avendo avuta la precauzione di tirare prima alquanto indietro il punteruolo, onde nasconderne la punta dentro la canula; giunta questa a toccare quel tessuto patologico, che formava una barriera al suo avanzamento, spinse allora in avanti il punteruolo, e poscia in un con questo la canula, seguendo la direzione dell'asse dell'uretra stessa, fino a che dalla mancata resistenza e dalla porzione d'istrumento penetrata, potè giudicare che tutto il tessuto morboso era stato attraversato dall'istrumento istesso; allora fu ritirato il punteruolo, ottenendo l'escita dell'urina per mezzo della canula lasciata in posto. Vuotata così completamente la vescica urinaria, il B. ne sentì subito quel ristoro che da molti mesi aveva invano più volte anelato.

„ Assicurata la canula con adatto apparecchio, fu prescritta nella giornata una bevanda emolliente.

„ La mattina del giorno appresso la canula si era resa alquanto mobile, e fu perciò levata, sostituendovi una sciringa di gomma elastica spinta sino in vescica, del diametro di dieci millimetri.

„ Nel terzo giorno tolta la sciringa elastica se ne introdusse un'altra parimenti di gomma elastica, ma del diametro di dodici millimetri, e nel successivo si fece uso semplicemente di una candeletta del diametro di tredici millimetri, e corta in modo da superare soltanto la porzione morbosa dell'uretra, con che venivasi a togliere ogni agente irritante nelle parti che maggiormente si avvicinano al recipiente urinario ed alla vescica urinaria stessa.

„ Nei due giorni consecutivi il calibro della candeletta fu gradatamente portato ai dieciotto millimetri, dopo di che più non si accrebbe, essendo in allora scomparsa ogni traccia di

indurimento nell' uretra, emettendo il B. le urine a pieno canale colla massima facilità e speditezza.

„ Nei giorni 7, 8 e 9 dall' operazione, sebbene si continuasse l'introduzione della candeletta, venne però la medesima lasciata in posto ogni giorno, otto minuti soltanto.

„ Nella decima giornata, il B. trovandosi perfettamente sanato, si restituì in seno della propria famiglia, con il consiglio di proseguire per qualche tempo ad introdurre la mattina per alcuni minuti la candeletta nell' uretra, come misura però totalmente profilattica „.

Sebbene questo processo venisse favorevolmente riportato in diversi giornali italiani e stranieri, pur tuttavia attendeva nuovi fatti che ne confermassero l' utilità; e questi porgo a pubblica cognizione ora che il non breve tempo già trascorso rassicura del permanente felice risultato col medesimo ottenuto.

Il signor G. M. di Modena, d'anni 47, da molto tempo pativa di difficoltà nello emettere le urine, la quale giunse a tal grado da costringerlo a collocarsi in letto, ed a chiedere urgentemente chirurgico soccorso. Fu egli in quella circostanza assistito da valentissimo clinico, il quale ad onta delle più saggie cure non potè riescire a procurargli la desiata calma, che anzi presentatasi una completa iscuria, e l'infermo trovandosi in prossimo pericolo di perdere la vita fu costretto di ricorrere alla paracentesi ipogastrica della vescica urinaria, che venne praticata nel giorno 19 Febbraio 1863 con molto sollievo dell' infermo. Dopo di ciò, e quantunque fosse egli sempre assistito colle più amorevoli ed intelligenti cure, nullameno non essendo stato possibile nel periodo di tre mesi e mezzo il superare in qualsiasi modo l' ostacolo e il permettere l' escita neppure di una stilla d' urina dalle vie naturali, si dovette per questo mantenere la canula del trequarti nella regione ipogastrica ove era stata infitta per evacuarle. Gl' incomodi indotti dalla presenza della canula, il successivo catarro vescicale e una serie penosissima di

mali, lo indussero a recarsi a Bologna per sottoporsi a qualche altra cura affine di liberarsi, se pure era possibile, dalle sue sofferenze. Nel non breve periodo di 22 giorni feci molti e diversi tentativi per cercare nei modi ordinari di superare l'ostacolo uretrale, ma in questo caso non ottenni verun buon risultato. Dopo di ciò, assicurato essendomi che neppure l'interna uretrotomia era eseguibile con sicurezza, prima di passare alla esterna, non omisi le più scrupolose indagini per conoscere se eravi speranza di potere dar libero corsò alle urine pel canale uretrale mediante l'interna uretronisi.

Il corpo fibroso otturante l'uretra aveva sua sede nella regione del bulbo poco prima che essa si ripieghi al di sotto dell'arcata del pube, ed era lungo tre centimetri, come manifestamente appariva esplorando col dito all'esterno l'uretra ingrossata in quella regione. Per assicurarmi poi fuori d'ogni dubbio che l'ostacolo era unico, un giorno trovando la vescica piena di urina e sentendo il paziente bisogno di evacuarla, gli feci fare dei forti premiti acciocchè una porzione penetrasse nel tratto di canale uretrale che trovavasi al di dietro dell'organico ostacolo; e diffatti col dito introdotto nel retto intestino me ne resi sicuro, come mi accertai che la prostata non era menomamente ipertrofica. Convinto così che l'uretra era ostrutta in un sol punto, non trovai quindi contro indicazione alcuna a tentare l'uretronisi interna, la quale se agevole mi fosse riescita, grandi beni ne avrebbe ottenuti l'infermo, e se per contrario nello eseguirla mi fossi accorto che non era possibile oltrepassare con sicurezza tutto l'ostacolo, allora avrei avuto un'ultima risorsa nella esterna uretrotomia.

Laonde avendo preparato debitamente l'operando, fattagli prendere nel suo letto la posizione supina, postogli un guanciale sotto le natiche affine di tenerle rialzate, e collocati in semiflessione non che divaricati gli arti inferiori, mi misi alla sinistra dell'infermo, avendo al Dott. *Romei* fatto prender posto al lato destro acciocchè potesse liberamente afferrare

e stirare il pene in alto, e l'uretra disporre in linea retta fino alla sinfisi pubiana. In tal modo il corpo fibroso otturante l'uretra poteva, rialzato che fosse lo scroto, essere sentito attraverso i tessuti che nella regione perineale lo ricuoprivano, ed abbracciato e tenuto fermo dal pollice ed indice della mia mano sinistra.

Ciò disposto, introdussi perpendicolarmente nell'uretra un lungo ed abbastanza forte trequarti da saggio, con avvertenza di tenere il punteruolo nascosto entro la canula, e giunto colla estremità di essa canula contro il corpo fibroso, mentre lo teneva immobile colle dita poste nella regione perineale, spinsi innanzi il punteruolo e perforai il corpo fibroso stesso. Dopo di ciò attraversai colla estremità puntuta del trequarti a gradi a gradi ed in direzione dell'asse dell'uretra tutto il corpo otturante, e questo mi riescì abbastanza facile perchè ivi l'uretra essendo ingrossata poteva essere bene dominata. Ciò fatto ritirai il punteruolo, e tosto mi resi certo d'essere giunto nel tratto di uretra libero essendo escite dalla canula alcune goccie di quella urina che era rimasta nel tratto di uretra che trovavasi al di dietro dell'ostacolo. Allora, per essere sicuro che la canula non isfuggisse da quella posizione, mi decisi di spingerla più innanzi. Per far questo essendo necessario lo scorrere colla estremità della canula al disotto della sinfisi pubiana, venne gradatamente abbassato il pene; nel qual modo l'angolo convesso che per lo innanzi sotto il pube l'uretra formava, spariva, e ponendosi essa invece in linea quasi retta, dava campo alla canula di liberamente avanzare entro l'uretra verso la prostata. Ivi fermatala debitamente, nel corso della giornata l'infermo emise le urine lungo l'uretra mediante la canula, alla quale dopo due giorni sostituii una siringa di gomma elastica; poscia levai la canula d'argento che da lungo tempo mantenevasi all'ipogastro, di guisa che l'apertura attraverso cui era rimasta, in brevi giorni cicatrizzò. Posta di poi nell'uretra una siringa più grossa, il suo canale prese ben

presto le ordinarie dimensioni, dopo di che levata totalmente la siringa, e limitato essendomi ad introdurre per pochi minuti ogni giorno una grossa candeletta nell'uretra, venne permesso fra non molto all' infermo di ripatriare. Io l' hò veduto varie volte in Modena in ottimo stato, e da non molto anche con una cortesissima lettera mi assicurò della stabile guarigione, ben intesi però che a maggior cautela non tralascia di esplorare ogni tanto l'uretra colla solita candeletta.

Questo brillantissimo risultato mi diede animo a tentare la medesima operazione di un altro infermo che pure trovavasi in condizioni molto gravi, la di cui storia è stata redatta dall' egregio signor Dottor *Cesare Busi*, Chirurgo Primario allo Spedale Maggiore, che ne era il curante, la quale qui trascrivo.

„ A. R. Calzolaio in Bologna, d'anni 42, di buona costituzione, ben conformato, avea sempre goduto ottima salute tranne l'essere andato soggetto a qualche malattia di petto, che fu vinta con metodo antiflogistico. Sul principio del mese di Maggio dell'anno 1862, dopo un coito colla propria moglie, s' avvide che scaturiva sangue dal meato uretrale, e per quanto usasse di quei mezzi che la sua mente gli suggeriva per arrestarlo, pure non cessò che dopo 6 ore in seguito all'applicazione di ghiaccio sul perineo e sul pene. Scorsero circa 3 mesi senza che il nostro R. vedesse più gemere umore alcuno dall' uretra abbenchè avvertisse una certa difficoltà nell'emissione delle urine, e dello stento nell'eiaculazione spermatica. Perciò egli a suo capriccio fece uso di purgativi e di bevande rinfrescanti e diuretiche, ma ad onta di questo vedendo che peggiorava, che il getto dell'urina si era fatto esilissimo ed esciva a spirale, e che gli occorreva fortemente premere per ottenerne la emissione, si rivolse ad un Medico perchè lo curasse. Questi subito ricorse all'esplorazione dell'uretra mediante il catetere; ma introdotta la siringa metallica nel meato uretrale, e giunto al termine dell'uretra cavernosa, gli

si presentò una forte barriera, la quale non gli fu possibile superare, e vedendo che l' infermo era addoloratissimo, e che qualche poco di sangue dopo di ciò gli fluiva dall' uretra, non volle più oltre insistere, ritirò la sonda, e si contentò di prescrivergli un insesso e bevande ammollienti. Non scorsero appena 6 ore dalla fatta esplorazione che il R. fu soggetto ad un forte accesso di febbre che gli durò 24 ore, il quale si ripetè per varii giorni e non cessò se non se coll'uso dei chinacei. Trascorso un mese, il Medico rinnovò l'esplorazione colle candelette di cera di varie dimensioni, ma non gli fu dato per nulla di potere oltrepassare l'ostacolo che nell'uretra incontrava, e quantunque usasse tutte le precauzioni, pur nullameno il povero infermo fu assalito da nuovi accessi febbrili ostinatissimi. Rifuggendo il nostro R. da nuove esplorazioni, per alcuni mesi abbandonò il male a se stesso, fino a tanto che lo colsero nuove febbri vespertine, e quando s' avvide che le urine escivano non già a getto, ma a goccie ed involontariamente „.

„ A me allora si rivolse perchè gli suggerissi un qualche rimedio. Saputo da lui quanto sono venuto dicendo, nel giorno 14 Maggio 1863, per la prima volta lo visitai. Esplorata diligentemente la cavità addominale non rinvenni di abnorme che un tumore alla regione ipogastrica, che di leggieri si conosceva essere costituito dalla vescica urinaria enormemente piena e dilatata dalle urine; esaminata esternamente l' uretra, riscontrai in vicinanza dello scroto, cioè al termine dell' uretra cavernosa, un rialzo della lunghezza di un centimetro e mezzo circa lungo l' asse dell' uretra stessa, del diametro di pochi millimetri, dolente alla sola pressione, e della consistenza del tessuto fibroso. L' esplorazione digitale allo interno dell' ano e del retto intestino rilevò un lieve ingorgo emorroidario e confermò il tumore vescicale. Fatto ciò, ricorsi per più giorni colla massima delicatezza all' esplorazione uretrale mediante candelette di cera, per poter conoscere la resistenza dell' ostacolo, il quale, avuto riguardo agli

antecedenti ed ai dati che l' esplorazione esterna forniva, giudicai essere formato da tessuto fibroso ed amovibile soltanto da un atto operatorio. Di ciò avvertito l'infermo, accolse il consiglio che io gli diedi di pregare di una visita consultiva il mio Maestro Prof. *Rizzoli* „.

„ Frattanto gli prescrissi l' uso della soluzione del *Confani* affine di togliergli completamente le febbri che si susseguivano a brevi intervalli. Fu l' 8 Giugno che il Professore aderendo al mio invito si portò dal malato, ed avuta da me la relazione del caso, constatate le condizioni dell' uretra quali superiormente descrissi, vedendo che l' infermo soffriva per completa iscuria, che era in preda ad acerbi dolori, e che inefficaci erano riesciti varii altri mezzi onde aprire uno sgorgo alle urine, sperò, dopo avere fatti inutilmente nuovi tentativi per superare l' ostacolo, che la puntura del corpo otturante mediante il suo processo di uretronisi interna potesse togliere dalla disperazione il povero sofferente in pochi istanti, e ridonargli la libera emissione delle urine. E mentre ciò non avrebbe potuto ottenere con sicurezza mediante l' uretrotomia interna, giacchè questa non era regolarmente eseguibile in causa di non permettere l' ostacolo l' introduzione di qualunque si fosse anche esilissimo uretrotomo, la bottoniera poi, se l' uretronisi non fosse riescita sicura, sarebbe stata l' ultima risorsa. Stabilito pertanto di esperimentare la sua operazione, ordinò all' infermo di fare forti premiti per urinare, e constatato che dietro all' organico ostacolo l' uretra si allargava per la pressione delle urine, mi fece prendere il pene alla base del ghiande mediante il pollice e l' indice della mano destra e tenerlo in direzione perpendicolare, in modo da formare un angolo retto col pube. Postosi egli allora dal lato manco del malato, col pollice ed indice della sinistra abbracciò e tenne fermo l' uretra nella località malata, e colla destra armata di un trequarti, consimile a quello che suole usare pel saggio dei tumori, lo introdusse nel meato urinario, tenendo ritirato il punteruolo, e

insinuò la estremità della canula fino al restringimento. Giunto a questo punto spinse con delicatezza il punteruolo innanzi, e con esso lui e colla canula riescì ad oltrepassare il corpo otturante completamente, accorgendosi con sicurezza che avea superata questa barriera dall'escita delle urine fra la canula e lo stiletto. Allora ritirato il punteruolo, con adatto apparecchio di bendaggio fermò la canula, ed il malato potè svuotare la vescica dall'urina risentendo il più grande ristoro. Una bevanda di decotto d'altea, e dieta piuttosto severa, furono le prescrizioni di quella giornata; la sera l'operato era apiretico e tranquillo, non avvertiva dolore alcuno all'uretra e le urine colavano abbondanti dalla canula. Nel quarto giorno dall'operazione il Professore di nuovo lo visitò, e trovato avendo che la canula era mobilissima, la levò e le sostituì una sciringa del N.° 8 di gomma elastica introducendola fino in vescica; nel 5.° lasciò in sito la sciringa; nel 6.° la levò e introdusse una candeletta di cera del N.° 11, solo al di là dell'ostacolo, e nello stesso giorno il malato potè uscire di casa, ed attendere ai suoi negozi. In seguito io gli introdussi le candelette del N.° 12, 13, 14, e lo consigliai di seguitare per parecchio tempo nell'uso delle medesime „.

„ L'operato nel lasso di un mese fu perfettamente risanato. Nè la sua guarigione fu del momento; io che ebbi di frequente a vederlo nei varii anni trascorsi dall'operazione, appieno mi convinsi che il semplice processo della interna uretronisi, quanto è lontano dai pericoli dell'uretrotomia interna ed esterna, altrettanto è apportatore di risultati favorevoli e duraturi „.

Le guarigioni felici e pronte che io ottenni con questa operazione, mi confermarono vieppiù nella speranza di poterne estendere l'applicazione (senza incontrare i pericoli da cui può essere accompagnata e susseguita la prostatonisi praticandola alla maniera del *Lafaye*, e del Prof. *Santopadre*) a quegli ostacoli organici del collo vescicale che cagionare ponno l'iscuria, nei quali il chirurgo non può cogli ordinari presidii

a bene riescire, e si trova per questo costretto di ricorrere a qualche decisivo partito onde aprire una via libera alle urine (1).

Il Prof. *Santopadre* diffatti, coll' intendimento di potere percorrere l' uretra prostatica in modo più acconcio di quello che non sarebbe prevalendosi della sciringa usata dal *Lafaye*, immaginò lo strumento chirurgico che passo a descrivere.

Questo istrumento è composto (2) di una sciringa di argento, o di altro metallo non ossidabile, lunga come le sciringhe ordinarie, di mediocre calibro, ricurvata leggermente nell' estremità vescicale per un tratto di circa due pollici ed alla foggia del percussore di *Heurtloup*, aperta circolarmente nell' estremo vescicale stesso, onde dare passaggio ad un' asta di ferro lunga due pollici di più della sonda, la cui estremità vescicale finisce in una piramide tagliente in tre lati molto scavati nello spazio che separa i lati medesimi. Acciocchè si possa insinuare entro la curva sciringa l' asta metallica e la piramide tagliente, alla distanza di circa un pollice da questa piramide, l' asta è formata a spirale comune, in forza di che si rende flessibile, e può quindi facilmente penetrare nella sciringa. L' estremità opposta dell' asta è fornita di un piccolo manubrio su cui la mano dell' operatore preme allorchè si vuole spinger in vescica la tagliente piramide.

Quest' asta va a sostituirne un' altra, che viene in antecedenza introdotta nella indicata sciringa, la quale asta è formata di legno flessibile, od anche di acciaio, è fornita questa pure della spirale comune, ed ha una estremità rotondata colla quale oltrepassa di alcune linee l' estremità vescicale della sciringa e la rende ottusa, ed acconcia a percorrere l' uretra fino all' ostacolo prostatico. Coll' altra estremità sporge dal lato opposto della sciringa ove è abbracciata da un bottone su cui può fare pressione il chirurgo onde tenere

(1) Bullettino delle Scienze Mediche 1863.

(2) Bullettino fasc. di marzo 1855.

fissa l'asta stessa, finchè percorre l'uretra, e levarla quando vuole sostituirvi l'altra asta terminante in piramide.

Il Prof. *Santopadre* mediante l'indicata sciringa eseguisce la prostatonisi colle norme seguenti:

„ Disposto il malato nella posizione in cui si acconcia allorchè si opera il cateterismo nella maniera comune, s'insinua la sonda fornita del fusto di legno fino al termine della porzione membranosa dell'uretra, e trovando la resistenza alla regione prostatica, il chirurgo procurerà dolcemente portando la sonda in tutti i sensi, ed abbassando un poco il padiglione esterno della canula, di farla penetrare nella cavità della prostata. Inoltre si osserveranno i movimenti che farà il padiglione della sonda nel mentre che si spinge contro l'apertura prostatica, da cui si può concepire l'idea della sede e della natura dell'ostacolo, giacchè deviando il becco della sonda nei lati della tumefazione, cagiona un corrispondente rivolgimento del padiglione in un lato, o nell'altro, od anche completo „.

„ Assicuratosi quindi il chirurgo di essere col becco della sonda nel centro della prostata, lo che potrà arguire dalle ripetute esplorazioni fatte colla sonda medesima, colle dita applicate al perineo, od introdotte nel retto, nel momento che farà stirare dalla mano di un assistente il pene verso il padiglione della sonda onde distendere l'uretra per quanto è possibile, esso operatore ritirerà il fusto di legno e vi sostituirà il tagliente, e colle dita della mano sinistra guiderà esternamente la sonda, mentre colla mano destra spingerà l'asta metallica dolcemente fino che sarà penetrata in vescica, abbassando un poco il padiglione esterno della canula „.

„ E qui è d'uopo rammentare che è indispensabile invigilare sui movimenti di altalena, di pressione sul padiglione della canula, di pressione sulla convessità della sonda, e d'inclinazione che debbono esercitare sulla sonda medesima onde farla penetrare in vescica, come è necessario sapere

dirigere questi movimenti medesimi. Così sarà cosa previdente nel movimento di altalena che si farà fare alla sonda di abbassare il padiglione in modo da non appoggiare il becco della sonda sull'osso del pube, così pure da non scostarlo tanto dalla sinfisi pubica che si abbia a cadere sull'intestino. L'esperienza e la circospezione dell'operatore saranno la più sicura guida di questo momento della manualità „.

La semplice descrizione del processo operatorio del Prof. *Santopadre* è sufficiente per conoscerne le difficoltà ed i pericoli, i quali non potrebbero per certo essere evitati che da mani maestre come le sono quelle di tale distintissimo operatore; difficoltà e pericoli che io ho allontanati variando alquanto il processo, che essendo regolato con quei medesimi principii ai quali mi attenni nell' eseguire la uretronisi nel caso surricordato, ci si offre esso pure fecondo di quella semplicità e sicurezza che in casi così gravi è veramente desiderabile.

Questo processo si eseguisce con una siringa mia propria. La mia siringa è composta di una canula d'argento, Tav. 12.ª fig. 1.ª, lunga 25 centimetri, della curva di 45 gradi, fig. 1.ª *a*. La canula non è finestrata ai lati della sua estremità vescicale, ma invece mancando del cul di sacco, ivi vedesi aperta, fig. 1.ª *b*, quando però non sia nel suo interno fornita dell' asta e dello stiletto, fig. 2.ª da cui in allora rimane chiusa inferiormente, fig. 3.ª *a*.

Questo stiletto, fig. 2.ª, che si insinua entro la canula, è metallico, colla sua estremità vescicale conica, fig. 2.ª *a*, e di tale grossezza da riempiere perfettamente il lume della canula stessa.

Onde lo stiletto od asta metallica possa essere insinuato speditamente entro il tratto curvo della siringa, e possa nel medesimo tempo offrire quella forte resistenza che non è sperabile coll'asta a spirale semplice della siringa del Prof. *Santopadre*, a poca distanza dalla sua estremità conica o vescicale l'asta è formata da piccole cernierie cilindriche, o

snodelli insieme riuniti, che si articolano in un sol senso, fig. 5.ª *c*, o molto meglio da una spirale chiusa, fig. 2.ª *b*, della lunghezza di sette centimetri, fatta a guisa di fettuccia, che per la sua compattezza, allorchè è fissata alla sciringa, quantunque si eserciti sulla medesima molta forza, non può permettere all'estremità conica dell'asta di farsi indietro, ma l'obbliga di rimanere ferma al suo posto, e cioè un mezzo centimetro circa al di fuori dell'estremità vescicale della sciringa, fig. 3.ª *a*.

Al fine di fissare poi l'asta stessa, basta che il chirurgo col suo pollice faccia pressione sopra un bottone che osservasi all'estremo opposto dell'asta, fig. 2.ª *c*, fig. 3.ª *b*, perchè la medesima si renda immobile, od anche meglio a quest'uopo la fissi con un bottoncino a vite, che trovasi nella parte superiore della canula, fig. 6.ª *c* e fig. 4.ª, alla distanza di tre centimetri dalla sua estremità superiore, adiacenti al quale bottone trovansi due piccoli padiglioni, fig. 1.ª *c d*, fig. 3.ª *d e*, che valgono a potere molto meglio afferrarla colle dita, e maneggiarla nel modo che praticasi colle comuni sciringhe metalliche.

Ogniqualvolta pertanto, esauriti infruttuosamente i mezzi ordinari per combattere l'iscuria dipendente da un ostacolo organico esistente nell'uretra presso alla imboccatura della vescica urinaria, il Chirurgo si troverà nella necessità di esperimentare la sciringatura forzata, sarà ben fatto il preferire a quest'uopo la descritta sciringa onde potere poi, nel caso che di cotal guisa non si riescisse ad evacuare le urine, ricorrere alla interna puntura del meato uretro-vescicale fortemente chiuso, mediante la sciringa stessa munita allora dell'asta a dardo, la quale puntura però, si rammenti bene, non dovrebbe essere fatta, se non se quando brevissimo fosse il tratto di canale uretrale che rimanesse ancora a superarsi, giacchè in caso contrario tali sarebbero i pericoli che per la medesima potrebbero derivarne, da credere io molto migliore consiglio l'attenersi invece alla paracentesi

vescicale ipogastrica. Ma ammesso il caso che quella si renda opportuna, in allora il chirurgo sostituirà appunto all' asta conica l' altra asta, la quale nella sua parte superiore è munita essa pure di un bottone metallico, fig. 5.ª *a*, nella inferiore parte invece termina in una punta triangolare alla foggia dei trequarti comuni, fig. 5.ª *b*, la quale punta, introdotta che sia l' asta nella canula, la chiude nel suo fondo ermeticamente, fig. 6.ª *a*, e va ad occupare esattamente il posto che avea la estremità conica dell' altra asta superiormente descritta, fig. 3.ª *a*. Al di sopra della punta l'asta è qui pure fornita delle cerniere e snodelli, fig. 5.ª *c*, oppure della spirale chiusa a foggia di fettuccia, fig. 2.ª *b*, lunga sette centimetri come l' antecedentemente descritta, la quale spirale, attesa la sua compattezza, non può anch' essa retrocedere quando l' asta è fissata, qualunque sia la forza che sulla medesima si eserciti. Questa spirale poi, oltrechè permette all' asta di adattarsi facilmente e benissimo in ogni senso alla curva della canula, fig. 6.ª, concede ancora, occorrendo, alla punta di muoversi circolarmente ruotando il bottoncino posto alla sua estremità superiore, fig. 6.ª *b*.

Sostituita quindi che sia, senza muovere dall' uretra la sciringa, l' asta ad estremità pungente a quella ad estremità conica, il punteruolo andando ad occupare il tratto di uretra prostatica in cui era penetrato l' estremo conico dell' altra asta, il chirurgo ivi lo fisserà mediante il bottoncino a vite, fig. 6.ª *c*, dopo di che non avendo a superare, onde farsi strada del tutto in vescica, se non se un brevissimo tratto di uretra rafforzato dalla prostata, il chirurgo stesso, facendo regolari pressioni sul padiglione della sciringa e coll' aiuto del dito introdotto nel retto intestino, insinuerà in normale direzione gradatamente e con cautela l' estremità accuminata della sciringa in vescica, nel quale modo evitando quei gravi pericoli che ponno incontrarsi spingendo in essa il punteruolo alla maniera del Prof. *Santopadre*, ci si penetrerà

invece col medesimo in un colla corrispondente estremità di sciringa senza notevole difficoltà.

Superato così ogni impedimento, il chirurgo ritirerà l'asta munita del punteruolo, sicuro che l'urina escirà liberamente dalla sciringa non trovando ostacolo alcuno a penetrare per l'apertura che rinviensi all'estremo inferiore della medesima, e che rimaneva in antecedenza chiusa dal punteruolo, fig. 6.ª, ostacolo che non infrequentemente si nota facendo la sciringatura forzata colle sciringhe coniche comuni, in quantochè il sangue che scaturisce dalle lacerazioni dei tessuti, rappigliandosi, chiude gli occhielli laterali di cui è fornita la porzione di catetere che si porta a pescare nella vescica, e rende spesso inutile la già eseguita operazione. E così pure, evacuata che sia l'urina e lasciata per un tempo conveniente la sciringa metallica in vescica, si potrà sostituirvene facilmente una elastica, introducendo nella canula stessa un lungo e flessibile stiletto d'argento, la cui estremità vescicale bottonata, oltrepassata che avrà l'apertura esistente nell'estremo inferiore o vescicale della canula, fig. 1.ª *b*, e penetrato che sia profondamente in vescica, mentre potrà permettere di estrarre liberamente dalla vescica stessa il catetere metallico, servirà di scorta all'introduzione facile di una sciringa elastica aperta in corrispondenza del cul di sacco, la quale potrà man mano cambiarsi, sinchè vi sarà sicurezza che l'infermo potrà spandere le urine anche senza di essa.

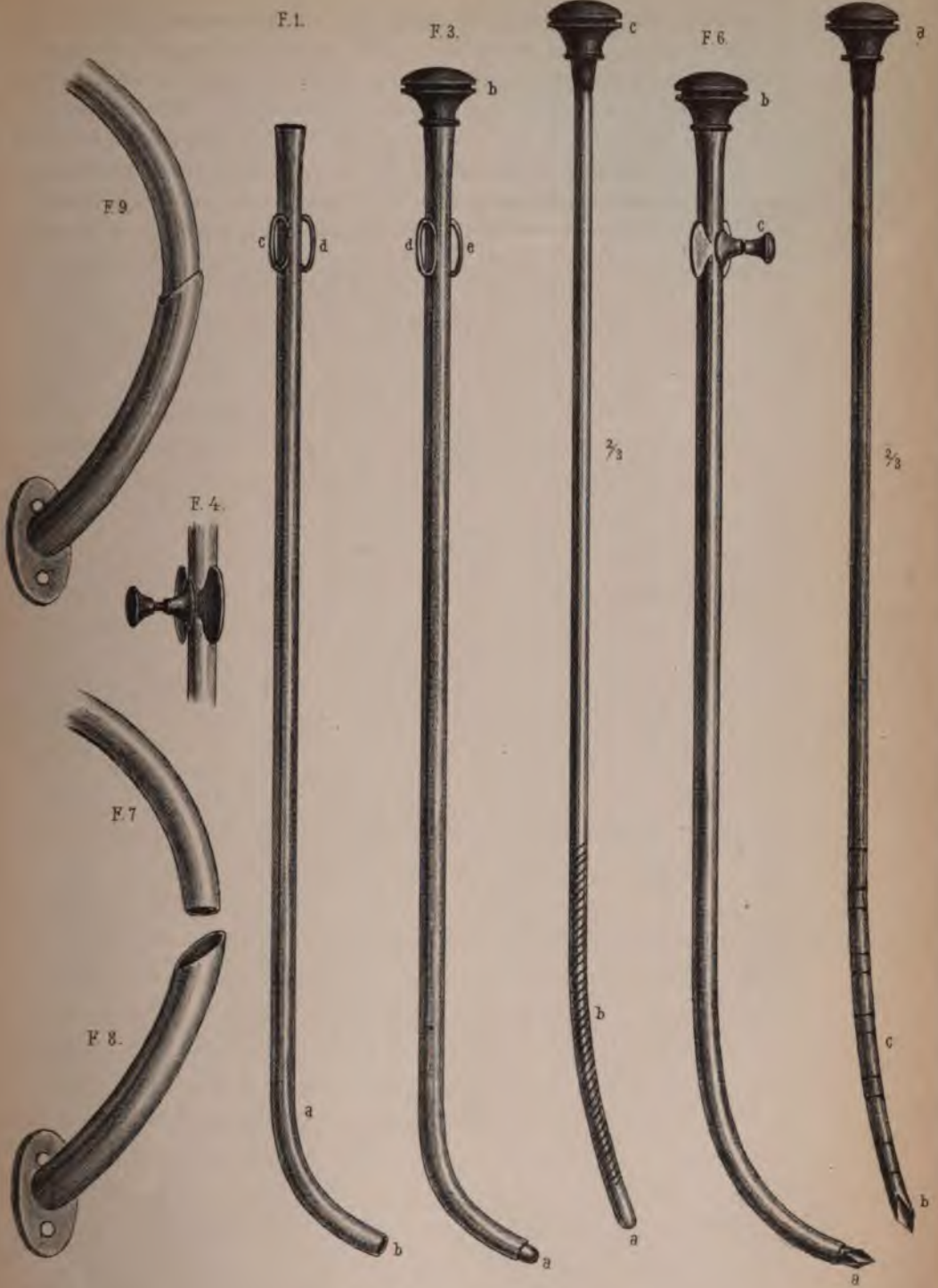
Il modo facile e semplice col quale si può praticare questa operazione ed i favorevoli risultati ottenutine, voglio credere, varranno a richiamare sulla medesima nei suaccennati casi l'attenzione dei pratici.

NOTA

Il Ch. Prof. *Guido Bacelli*, Clinico Medico in Roma, nella sua stupenda opera sull'empiema circoscritto e curato colla toracentesi, prendendo

in ispeciale considerazione quei casi in cui rendesi necessario lo eseguire una contro apertura nel punto più declive per dare facile scolo alle marcie, esprime il desiderio, per meglio riescire, che si rinvenga un modo sicuro col quale il torace in quel punto possa essere aperto dallo interno allo esterno. Io ho fatto al Ch Prof. conoscere che la sciringa su descritta può all'uopo prestarsi egregiamente. Introdotta diffatti nella già esistente apertura toracica la sciringa munita dell'interna asta ad estremità ottusa Tav. 12.ª fig. 3.ª, e rinvenuto il punto più declive, il becco di essa sciringa viene premuto contro il punto istesso ed in corrispondenza dello adiacente spazio intercostale. Ivi fissatolo, e sentitolo anche allo esterno col dito, si ritira allora l'asta, e tenuto sempre fermo contro quel punto il becco della sciringa, all'asta ottusa, fig. 2.ª, si sostituisce quella a dardo, fig. 5.ª, il quale spinto innanzi fra lo spazio intercostale si porta al di fuori in un col becco della sciringa. Dopo di che ritirata del tutto quest'asta, fig. 7.ª, si adatta al becco della sciringa che è conico una piccola canula d'argento o di gomma elastica che termina a becco di flauto, fig. 8.ª e fig. 9.ª, e così, mentre si ritira del tutto la sciringa, la piccola canula si insinua entro il torace, ove è fermata.

Dirò poi che in alcuni casi, quando la canula non è in modo alcuno tollerata e la fatta contro apertura tende a chiudersi col pericolo che l'empiema si rinnovi, ho trovato ben fatto lo asportare un pezzettino di costa, e così ho guariti i miei operati.

È inutile lo aggiugnere che l'anzidetta sciringa può pure egregiamente prestarsi ad eseguire delle contro aperture dallo interno allo esterno in altre cavità, ed allorchè operando dallo esterno allo interno si può correre il rischio di offendere parti di rilevanza.

Tav. XII.
F. 1.
F. 2.
F. 3.
F. 4.
F. 5.
F. 6.
F. 7.
F. 8.
F. 9.
2/3
2/3
O. Nenmm dis.
Lit. G. Wenk.

INTORNO AD UN PARTICOLARE PROCESSO

DI LITOTOMIA MEDIANA

LETTERA

DIRETTA AL CHIAR. PROF.

LORENZO BOTTO

Clinico Chirurgico a Genova

Chiarissimo Sig. Professore e Collega

Bologna 8 Giugno 1863.

Appena ebbi ricevuta la di Lei Memoria a stampa intorno il metodo di litotomia sotto-pubiana cui Ella intende dare la preferenza, fui sollecito di leggerla e meditarla, e così mi venne offerta nuova occasione per ammirare il di Lei alto sapere e la vera perizia pratica della quale è adorna. Mi fu in pari tempo grato il conoscere che un uomo degno di tanta stima come Ella è, basava il suo metodo operatorio su quei principii che da non pochi anni io professo, e che pure erano in singolare modo stati proclamati dal *Bresciani de Borsa*, e pei quali è fatto palese come il metodo di litotomia sotto-pubiana da preferirsi nella generalità dei casi si è quello che limita assai l'incisione dell'uretra, e invece di estenderla fino alla vescica urinaria onde acquistare spazio per estrarre la pietra, si affida piuttosto alla dilatazione della prostata.

Se non che nel dedicarmi a quella lettura, mentre con compiacenza io scorgea il tributo di onore di cui Ella degnamente colmava il *Bresciani*, doveva rammaricarmi perchè

intieramente a di Lei cognizione non fosse ciò che io aveva già fino dall'anno 1850 pubblicato (1); giacchè se ne avesse potuto avere contezza, in allora per certo non avrebbe lasciate scritte quelle gravi parole di cordoglio che sarebbero tornate ben meritate.

Dopo avere Ella diffatti enumerati i vantaggi che sperare si ponno operando alla *Bresciani*, scrive ancora così: „ In onta di questi pregi tutti, l'operazione in discorso forte di risultati, e così numerosi, e favorevoli tanto, e per quantunque così bene ideata che a rigore di linguaggio sta come una espressione del più felice perfezionamento dello antichissimo grande apparecchio, l'operazione in discorso in onta ai pregii tutti enumerati incontrò anche essa l' ingratitudine della non curanza e di un completo oblio; vizio non raro, e certo di vergogna molta. „

„ E valga il vero, quale è mai lo scrittore di Chirurgia operativa non diciamo straniero, ma d'Italia nostra, il quale sia largo di una parola al metodo fin qui esaminato, e che noi reputiamo una reale gloria chirurgica Italiana? E perchè generale, tanto più sconsolante è per fermo il silenzio in proposito, malgrado che codesto modo di estrazione dei calcoli formasse il soggetto di una discussione della più alta importanza cui presero parte i più eminenti Clinici dell'epoca, convenuti in Padova al Congresso degli Scienziati. Nè, per quanto sappiamo, fu alcuno che nell'Italia nostra o fuori imprendesse ad operare i pietranti con somigliante processo, comunque conseguisse in quella dotta Adunanza la più grande pubblicità. „

Or bene, Ella sappia che in una Memoria intorno al mio processo di litotomia mediana pubblicata nell' epoca anzidetta fra quelle dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bo-

(1) Rendiconto delle Memorie dell' Accademia delle Scienze di Bologna, 1849, 1850 e Memorie della stessa Accademia.

logna, io non omisi di onorare il *Bresciani de Borsa* in quel modo che costantemente da me e nella mia scuola si fa verso coloro che si elevano nella scienza e nell'arte. Nella Memoria (che ora con alcune note qui ristampo, sia per offerirla a. Lei, sia per compiacere a non poche ricerche fattemene da varii colleghi) rileverà ancora come nell'operare abbia io cercato, per quanto si è da me potuto, di imitare il *Bresciani*, con questo però, che non avendo trovato nel taglio usato da quel valente chirurgo tutta la sicurezza che per me si bramava, fui posto nella necessità di variarlo in modo da costituirne uno mio proprio, il quale mi è stato fecondo dei più felici risultamenti, come in ispecial modo le si renderà palese esaminando il riassunto dei calcolosi da me operati in Clinica nel periodo di dieci anni.

La Memoria cui alludo, e che confido non sia per riescirle grave lo scorrere, è quella che qui sottopongo pure al di lei saggio giudizio.

Due celebri chirurghi Italiani, lo *Scarpa* ed il *Vaccà*, disputarono lungamente fra loro intorno al metodo, cui nella generalità dei casi dovea darsi la preferenza onde edurre dalla vescica urinaria dell'uomo i calcoli che nella medesima fossero contenuti. Sosteneva lo *Scarpa*, all' appoggio di argomenti patologici ed anatomici, a ciò essere molto opportuna la cistotomia sottopubiana lateralizzata; anteponea a questa il *Vaccà* il taglio retto vescicale. Ma l'esperienza, che è di tutto maestra, indusse il Clinico di Pisa a decampare dalla concepita opinione. E in realtà, sebbene per la esperienza propria e per quella di non pochi distinti Chirurghi, potesse il *Vaccà* offrire alla Scienza buon numero di fatti felici, ciò nullaostante la fistola retto vescicale, o retto uretrale, essendo ben di frequente conseguenza del metodo da lui adottato, venne indotto per

questo ad abbandonarlo (1). Nulladimeno non potendo inclinare alla cistotomia lateralizzata, e desiderando d'altronde d'operare in guisa da prevenire la formazione delle predette fistole, ritenne a ciò conveniente il non comprendere nel taglio, come da prima facea, il retto intestino, il ridurre cioè l'operazione al taglio mediano, i di cui inconvenienti sperava poi di evitare attenendosi ad un nuovo e più razionale processo.

Con questo operando, ottenere ancor si potea quello stesso felice intento pel quale il *Vaccà* avea tanto preconizzato il metodo retto vescicale, e cioè di non comprendere nel taglio qualche grossa arteria perineale, nel qual modo si era certi di evitare quelle emorragie che anche i più destri ed esperti Chirurghi aveano in non pochi casi osservate, eseguendo la cistotomia perineale lateralizzata.

Ad onta però dei vantaggi dal *Vaccà* attribuiti ad un tale processo, avvenuta la morte di quest'illustre operatore, il processo medesimo non venne se non che da assai pochi Chirurghi eseguito, la maggior parte dei quali, in un collo *Scarpa*, riflettendo specialmente che operando anche alla maniera consigliata dal *Vaccà*, non si evita di ferire il bulbo dell'uretra ed uno dei condotti deferenti; che, da ciò derivare ne può l'orchite, l'impotenza, l'incapacità, o la debolezza a fecondare; e che si può involontariamente ledere il retto intestino;

(1) Nei primi anni della mia pratica temendo le emorragie che potevano derivare operando colla cistotomia lateralizzata, mi attenni perciò al processo di *Vaccà Berlinghieri* adottato dal *Cavara*, in allora Prof. supplente di Clinica Chirurgica. Ma quantunque mi valessi del precetto dato dal *Cavara* stesso, *di cauterizzare passati i primi giorni dall'operazione* di frequente e profondamente la ferita, non potei io pure scansare la formazione di fistole uretrali ribelli, le quali anzi, sebbene in pochi casi, rimasero così ampie da concedere alle urine di passare costantemente ed in totalità per l'apertura fistolosa. Per tale sconcio questo metodo venne da me abbandonato.

continuarono ad eseguire come metodo generale il taglio sotto-pubiano lateralizzato.

Il quale metodo anzi, purchè praticato mediante il processo recentemente proposto dal *Bresciani de Borsa*, avrebbe esso pure, secondo questo chirurgo, il rilevante vantaggio di non dar luogo alla lesione delle grosse arterie perineali, per la quale sono a temersi emorragie più o meno gravi, o mortali.

Appoggiato in fatti il *Bresciani* alla cedevolezza propria della prostata, ammessa da sommi anatomici e chirurghi (fra i quali primeggia il *Manzoni*), e verificatala colla esperienza sua stessa, si tenne certo di evitare la ferita di qualche importante tronco o ramo arterioso perineale, eseguendo la cistotomia lateralizzata in modo da comprendere nel taglio la sòla uretra membranosa, senza incidere col tagliente del cistotomo la prostata, o scalfendone tutto al più il di lei orlo anteriore; essendo ciò, per quanto assicura lo stesso *Bresciani,* sufficiente onde permettere all'operatore di insinuare dolcemente il dito entro l'uretra prostatica, di giungere facilmente con esso in vescica, di introdurre dietro la di lui scorta colla massima facilità la tanaglia, di afferrare anche assai voluminoso calcolo, e con dolci trazioni estrarlo prontamente dalla vescica.

Se poi si riflette, che operando così non rimane ferita dal cistotomo la vescica istessa, ma soltanto quel tratto di uretra che è vicino alla prostata, facilmente rilevasi che tale processo si dee rendere anche per questo assai poco pericoloso, dal che hanno a ripetersi i molti prosperi risultati dal *Bresciani* ottenuti.

Risultamenti felici dei quali molto prima del *Bresciani* potè gloriarsi l'illustre mio maestro Prof. cav. *Matteo Venturoli*, appunto perchè nell' eseguire la litotomia sotto-pubiana lateralizzata, incideva l' uretra membranosa senza scalfire la

prostata, o scalfendone appena il suo apice, o prolungamento anteriore (1).

Per altro è pur forza il convenire che, quantunque si pratichi la litotomia colle norme testè indicate, non si è sempre sicuri di evitare delle emorragie più o meno inquietanti, e tali forse da mettere in non lieve imbarazzo un chirurgo non molto esercitato ed esperto, potendo aver luogo anomalie, deviazioni di direzione, eccesso di volume nei vasi sanguiferi perineali. Il *Bresciani* stesso è forzato a confessare, che fra i di lui operati uno ne perdette di emorragia; ed io pure, sebbene mi attenessi ai precetti di sopra enunciati, ebbi in un fanciullo di pochi anni tale perdita di sangue arterioso dalla ferita fatta, che non cedendo ai più semplici e comuni mezzi impiegati onde arrestarla, non valendo a ciò lo stesso tampone, mi costrinse, per salvare l'infermo, a praticare colla potassa caustica ripetute cauterizzazioni.

Per questi e molti altri analoghi fatti andava pensando al modo più opportuno onde poterli evitare. Io vedeva che col taglio mediano eseguito alla maniera del *Vaccà* non si sarebbero incontrati i suindicati pericoli, ma

(1) Questa semplice incisione uretrale tenuta in onore in Italia, fu pure di recente dall' *Heurteloup* commendata. Ed è pure opportuno il notare, che qualora il professor *Venturoli* non riesciva a dilatare facilmente la prostata col dito (come si proponeva di fare costantemente il *Bresciani*), ricorreva al dilatatore metallico. Al violento modo col quale si otteneva così la dilatazione della prostata è forse attribuibile la incontinenza delle urine notata in alcuni dei suoi operati. Per altro io stesso l'ho veduta, indipendentemente da ciò, superstite, sebbene in piccolo grado, in due casi da me operati colla cistotomia lateralizzata, nei quali la pietra essendo prostatica, gl' infermi emettevano per questo anche molto tempo prima dell' operazione involontariamente le urine. Riescii a toglierla facendo stare in letto lungamente ed in posizione supina gli operati, dopo che nella ferita erasi formata la cicatrice, e ciò avvenne perchè le urine non avendo campo di escire involontariamente dell' orificio vescicale, fu dato campo al medesimo di restringersi nel modo normale.

vedeva ben anco a quanti altri mali così operando si esponeva il malato. Se non che alcune indagini facilmente mi convinsero, non essere poi malagevole l'evitarli, purchè il chirurgo nell'eseguire l'operazione si attenga esattamente alle norme che furono da me adottate, e che vengo ora ad indicare.

Collocato l'infermo in quella posizione che i chirurghi sanno opportuna onde praticare la cistotomia perineale, si introduce uno sciringone in vescica, il quale fassi tenere da un assistente in modo, che il di lui manico formi un angolo retto col pube. Lo sciringone deve avere la convessità molto pronunziata, acciocchè l'uretra perineale rimanga tesa e sporgente. Ciò fatto il Chirurgo, munita la sua mano destra del mio litotomo, Tav. 13.ª fig. 1.ª, la di cui forma, come vedesi, molto si accosta al cheratotomo di *Richter* o di *Beer*, incide gli integumenti del perineo e gli strati superficiali lungo, o rasente il rafe, cominciando il taglio poco sotto la base dello scroto (che è sostenuto dall'assistente medesimo cui è affidato lo sciringone) e prolungandolo fino al corrispondente margine dell'ano. In allora, siccome non solo con questo, ma bensì colla maggior parte dei processi di litotomia sotto-pubiana, nell'incidere l'uretra perineale si potrebbe correre il rischio di ledere il bulbo dell'uretra istessa, a motivo della di lui posizione e notevole sviluppo che rilevasi in non poche circostanze e specialmente nei vecchi, in allora, onde evitare tale lesione che la ragione anatomica e l'esperienza mostrano per altro di non temibile conseguenza, il chirurgo insinuà l'unghia del suo pollice od indice sinistro al di sotto dello stesso bulbo dell'uretra fin contro la scannellatura dello sciringone, che nei casi ordinarii gli riesce assai facile, essendo il bulbo uretrale spinto all'infuori dalla notevole convessità di cui quello è fornito. Per tal modo l'operatore, sentita la scannellatura dello sciringone stesso, colla scorta dell'unghia, nella medesima senza indugio penetra colla punta del litotomo. Che se pure in alcune rarissime circostanze nell'eseguire questa puntura.

rimanessero lese le piccole diramazioni arteriose che si dirigono al bulbo uretrale, e da queste escisse sangue in qualche abbondanza per avere le medesime acquistato uno straordinario sviluppo, ognuno di leggieri si avvede che il chirurgo ne potrebbe di poi colla maggiore facilità praticare la torsione o l'allacciatura, essendo tali arteriuzze assai superficiali. Impiantata per tanto nel modo descritto la punta del litotomo nell'uretra membranosa, onde evitare di ferire col tagliente del litotomo istesso il retto intestino, afferra il chirurgo colla sua mano sinistra il manico dello siringone che avea affidato ad un assistente, e invece di premerlo in basso, come l' assistente fare dovea acciocchè la convessità dello siringone potesse sentirsi dal chirurgo nel perineo con facilità ed in estensione maggiore, e permettesse perciò di scuoprire più agevolmente il bulbo dell'uretra affine d'evitarne la ferita e di penetrare con maggiore facilità nell'uretra membranosa, il chirurgo, ripeto, piuttosto che premere lo siringone in basso, mantenendo sempre a contatto colla di lui scannellatura l'introdottavi punta del litotomo, innalza il manico dello siringone stesso, il quale tenuto ad angolo retto col pube, è di tanto sollevato da porre quel tratto di siringone che scorre sotto l'angolo pubiano con esso lui a contatto, nel qual modo l'uretra membranosa rimanendo essa pure rialzata, e quindi allontanata dall'intestino retto, può l'operatore francamente col litotomo inciderla senza rischio di ferire questo intestino. Nell' eseguire però simile taglio, l'operatore deve prolungare l'incisione in guisa da scalfire ancora l' orlo anteriore prostatico, giacchè in tal modo, nell'atto istesso che si evita la lesione dei condotti deferenti, si prevengono gli spandimenti urinosi nel tessuto cellulare che tappezza la superficie interna della parete anteriore della pelvi; spandimenti che l' esperienza ha mostrato a non pochi chirurghi avvenire incidendo la sola uretra membranosa, e che io pure osservai in un fanciullo di simile guisa operato ; e deve scalfire l' orlo prostatico anche

perchè quest' orlo si rende non di rado capace di opporre non piccolo ostacolo a quel facile allargamento della prostata che è necessario onde estrarre grossi calcoli. Ciò fatto, il chirurgo con molta agevolezza insinua attraverso la ferita uretrale l'indice della sua mano sinistra colla regione palmare rivolta in alto, e scorrendo lungo la scannellatura dello siringone spinge quel dito dolcemente in vescica, colla scorta del dito stesso introduce la tanaglia, afferra il calcolo, e con delicati movimenti semicircolari lo estrae.

L'operazione così eseguita, oltrechè nelle circostanze ordinarie in pochi istanti si compie (1), ha con sè a mio avviso quei maggiori vantaggi che desiderare si ponno nel praticare la litotomia sotto-pubiana. Con questa operazione infatti si evitano non solo le pericolose e mortali emorragie che ponno derivare dalla lesione delle grosse arterie perineali, ma ben anco quelle gravissime perdite di sangue che possono aver luogo per la ferita del plesso venoso prostatico, e che io vidi per due volte imponentissime operando col taglio retto vescicale in uomini molto pingui, e di età alquanto avanzata; con questo processo si prevengono gl' infiltramenti urinosi, non si ledono i condotti deferenti, non ha luogo la formazione delle fistole urinarie, non si ferisce il retto intestino, e incidendo l' uretra e non la vescica, si scansano tutti i pericoli che ponno essere conseguenza delle ferite della vescica istessa (2).

(1) In alcuni casi, quando ho trovata l' uretra perineale molto superficiale, eseguii di un sol tratto il taglio dei tessuti esterni e dell' uretra in un coll' orlo prostatico; e così se il calcolo era piccolo l' ho potuto estrarre dalla vescica anche senza pinzette o tanaglie, e col solo dito, compiendo perciò in un attimo l' operazione. Per altro io ho sempre consigliati i miei scolari a non imitarmi se non se quando si fossero resi molto destri in tal genere di operazione.

(2) Ho anche ottenuta la riunione immediata della ferita in alcuni miei operati, ed ho evitata sempre la formazione di fistole. In due casi soltanto la chiusura della perineale ferita ritardò di molto in causa di male

E se pure in qualche caso avvenisse per qualsivoglia imprevedibile motivo, che il chirurgo, soltanto nell'atto in cui pratica la litotomia, accorgere si potesse che in vescica rinviensi così grossa pietra da non potere cogli ordinari mezzi essere estratta per la ferita, piuttosto che con rischio gravissimo dell'infermo ricorrere in allora all'alto apparecchio, come alcuni hanno fatto, sarà molto più opportuno, seguendo il consiglio anche dei più valenti chirurghi moderni, il rompere il calcolo in varii pezzi (1).

Per ispezzare poi le pietre molto grosse, fino dall'anno 1836 immaginai un frangipietra, il quale indi corressi in modo da ridurlo al volume soltanto di una forte tanaglia da pietra, ma nel medesimo tempo così robusto, da potere rompere i calcoli più duri e più voluminosi colla massima facilità.

Questo istrumento, come le comuni tanaglie da pietra, è formato di due branche l'una destra, l'altra sinistra. La branca destra, Tav. 13.ª fig. 2.ª, nella sua parte superiore ha una cucchiaia, *a*, concava nella sua faccia interna, convessa nella esterna.

Nel punto *b*, fig. 2.ª, corrispondente all'articolazione, evvi un foro unico destinato a ricevere un perno cilindrico infitto nell'altra branca, alla sommità del quale trovasi un collo terminato in testa alla foggia di bottone per articolarla colla medesima, fig. 3.ª *c*. Il manico della branca destra inferiormente ha un anello, entro il quale si insinua e nasconde la

disposizioni dell'organismo degli operati, curate le quali, ed usata in ispecial modo la cauterizzazione, si ottenne la cicatrice. In alcuni casi, in causa dell'attrito di ruvidi calzoni, la cicatrice si è un poco riaperta emettendosi dalla formatasi apertura delle stille di urina, ma applicandovi il nitrato d'argento, se ne è ottenuta la stabile cicatrizzazione.

(1) Prima però di frangere la pietra occorre conoscere se l'ostacolo all'escita della medesima è riferibile a straordinaria consistenza della prostata, nel qual caso ho avuto ricorso a delle piccole incisioni fatte nell'orlo prostatico ove la resistenza era maggiore, ed ho potuto così estrarre pietre intiere anche di grosso volume.

porzione conica di un bariletto, fig. 2.ª *d*, fig. 4.ª *e*, mediante il quale si può dirigere a piacimento la vite fig. 2.ª *f*, fig. 3.ª *g*, passante per la madre vite del bariletto, fig. 4.ª *h*, in alto, in basso, all'esterno ed all'interno.

La vite predetta, fig. 4.ª *g*, è fornita di un manubrio, fig. 2.ª *i*, fig. 4.ª *k*.

La branca sinistra di questo istrumento che nella fig. 3.ª è rappresentata nella sua faccia interna, è munita essa pure di una cucchiaia. In questa branca nel punto *c*, come si è detto esiste un perno, che si insinua nel foro conico dell' altra branca, fig. 2.ª *b*, mediante il quale le due branche si articolano fra loro.

Onde rendere poi, a seconda del bisogno, ferma o mobile l'articolazione la branca destra, fig. 2.ª, è fornita alla parte posteriore di una piastrina d'acciaio, fig. 5.ª, nella quale si osserva un'apertura rettilinea in cui s'insinua una vite d'acciaio, fig. 5.ª *m*, che la fissa alla branca corrispondente, in modo da permettere alla piastrina di ascendere e discendere. Nella piastrina si osserva anche un'altra apertura nel punto *n* fig. 5.ª, di tal forma, ed ampia in modo da lasciarsi liberamente oltrepassare dal bottone del perno appartenente alla branca sinistra, fig. 3.ª *c*. L'apertura stessa nel punto *o* invece è più ristretta, e non può abbracciare quando occorra se non che il collo del perno stesso, fig. 3.ª *c*. Inferiormente la piastrina ha un rialzo, fig. 5.ª *p*, mediante il quale la medesima si può spingere in alto ed in basso.

Tirando in basso la piastrina, l'orlo che limita superiormente l'apertura della piastrina stessa, fig. 5.ª *l*, incontra la vite *m* fig. 5.ª, contro la quale si arresta, ed allora la parte più larga dell'altra apertura, fig. 5.ª *n*, corrispondendo esattamente al foro che forma l'apice dell'apertura conoide della branca destra, fig. 2.ª *b*, permette alla testa del perno fig. 3.ª *c*, di insinuarsi non solo entro il cono, ma di oltrepassare la stessa larga apertura della piastrina, fig. 5.ª *n*, il che lascia campo di montare e smontare liberamente l'istrumento.

Quando al contrario si spinge in alto la piastrina, fig. 5.ª, allora l'orlo che ne limita inferiormente l'apertura rettilinea

incontra un piccolo perno fisso nella branca destra dell'istrumento, fig. 5.ª *q*, contro il quale si arresta, e così l'apertura più larga della piastrina, fig. 5.ª *n*, si innalza, abbandona la corrispondente sommità del perno, fig. 3.ª *c*, e permette all'apertura più ristretta che gli è continua, fig. 5.ª *o*, di abbracciare il solco circolare, o collo del perno, esistente sotto la testa del bottone, fig. 3.ª, per cui le due branche si rendono immobili fra loro.

Il perno della branca sinistra che va ad articolarsi colla destra, nella faccia anteriore della stessa branca porta un bariletto, fig. 3.ª *r*, fig. 4.ª *s*, entro il quale si insinua un'asta d'acciaio ottusa alla sua estremità superiore, fig. 4.ª *t*, bottonata all'opposto, fig. 4.ª *u*, che alla distanza di alcuni centimetri ha un anello fisso, fig. 4.ª *v*, il quale è il limite cui può essere innoltrata l'asta introdotta che sia nel bariletto, fig. 4.ª e 5.ª, mediante il quale essa scorre nell'asse delle cucchiaie.

In fine la porzione inferiore del manico della branca sinistra va a terminare in una forchetta, fig. 3.ª *y*. fig. 4.ª *x*,

L'istrumento si usa nella maniera seguènte:

Il chirurgo dopo aver fatti inutilmente i più ragionevoli tentativi onde estrarre il calcolo intiero colle tanaglie ordinarie, separate le due branche del frangipietra, insinua nella ferita esistente al perineo l'indice solo della sua mano destra, col quale penetra nel collo della vescica. Allora afferra la branca destra del frangipietra colle dita della mano sinistra, avendo l'avvertenza che la vite assicurata alla estremità inferiore della corrispondente branca sia posta in modo che il di lei manico guardi in basso. Dietro la faccia palmare del dito introdotto in vescica (colla quale faccia palmare tocca la pietra dal lato sinistro dell'infermo), insinua la cucchiaia appartenente all'indicata branca, e ne mette la faccia concava od interna a contatto col calcolo, rimanendo quindi così libera ed illesa la vescica; dopo di che fa tener

ferma la branca stessa da un assistente nella datagli posizione. In seguito, colla scorta dell'indice della mano sinistra introdotto in vescica seguendo le norme sopra accennate, il chirurgo applica pure la branca sinistra del frangipietra, ed articola strettamente e fermamente fra loro le due branche mediante la piastrina, fig. 5.ª, che posteriormente trovasi nella branca destra. Abbracciata così la pietra o in totalità, o in parte, l'operatore, sollevando la vite assicurata all' estremità del manico della branca destra, fig. 4.ª *g*, la insinua nella forchetta esistente invece all' estremità del manico della branca sinistra, fig. 4.ª *x;* il che fatto, mentre il chirurgo stesso tien fermi i manichi dello strumento al di sopra della vite colla sua mano sinistra, colla destra gira il manubrio di essa vite in modo, fig. 4.ª *k*, da far sì che eserciti tale pressione contro la forchetta, fig. 4.ª *x*, che si renda capace di accostare i manichi del frangipietra quanto è necessario onde produrre lo schiacciamento e la rottura del grosso calcolo afferrato dalle cucchiaie dell'istrumento medesimo. Ottenuto così l' intento desiderato, il chirurgo ritira con delicatezza il frangipietra in unione ai piccoli pezzi di calcolo che trovansi tuttora fra le di lui branche, leva gli altri pezzi colle tanaglie da pietra (1), e procura la uscita de' piccoli frantumi mediante opportune iniezioni.

Se in questo modo non si riesce a rompere il calcolo, allora si insinua l'asta o spina d'acciaio, fig. 4.ª *u t*, nel bariletto che trovasi all' articolazione del frangipietra, fig. 4.ª *s*, nel qual modo la estremità vescicale ottusa va a porsi contro il calcolo, fig. 4.ª *t*, e lo spezza, ancorchè sia assai voluminoso, immediatamente, percuotendo il bottone esistente nell'estremo opposto dell'asta, fig. 4.ª *u*, con uno o più colpi di martello. Questo frangipietra, che è tanto più sicuro nella sua azione di quello del Porta e

(1) La fig. 6.ª rappresenta una tanaglia ordinaria da pietra articolata essa pure in modo da poter essere con facilità smontata e montata quando le circostanze siano per richiederlo.

del *Nelaton*, ha poi un altro pregio e cioè di potersene pur valere con frutto in quei casi in cui l'applicazione dei più ingegnosi litotritori, fra i quali primeggiano quello del *Fabbri* e del *Malagodi*, non è effettuabile, come avviene allorquando la vescica rimane fortemente addossata sul calcolo, nel qual caso non è permesso di dominarla con quella sicurezza che è indispensabile per potere applicare il litotritore in direzione del diametro longitudinale della vescica onde debitamente afferrare il calcolo e romperlo.

Colle cucchiaie invece del mio frangipietra che possono essere applicate ai lati del calcolo, riesce facile l'abbrancarlo e fortemente stringerlo o in totalità o più o meno in alto, e, in questo modo preso, spezzarlo.

Ma siccome ad appoggiare maggiormente l'utilità di un tale processo doveano concorrere i fatti, egli è perciò che io mi stimo in dovere di esporre in succinto i felici risultati che ho col medesimo ottenuti.

Otto individui furono pei primi da me sottoposti felicemente a questa operazione, cinque in Ricovero, e tre in città (1), e cioè 1.° un fanciullo di tre anni che venne collocato nelle sale chirurgiche dello Spedale nel letto num. 64. Estrassi dalla di lui vescica urinaria una pietra piuttosto grossa, e l'operazione fu felicissima, non venne susseguita da alcun sintoma allarmante; per cui il fanciullo venne dimesso completamente guarito dallo Spedale dopo 24 giorni da che era stato operato.

Il 2.° fu pure un fanciullo che aveva appena quattro anni, e che fu posto nel letto N. 73. In esso estrassi una pietra del volume di una nocciuola. Non ebbe egli di poi nulla a soffrire,

(1) È bene qui il notare che io non ho omesso, prima di operare, di preparare con un conveniente regime gl' infermi, e di usare specialmente degli antelmintici, associandosi presso di noi quasi costantemente nei calcolosi alla vescica la elmintiasi.

ed ottenutane la guarigione 32 giorni dopo la subìta operazione, venne per questo licenziato dallo Stabilimento.

Il terzo operato che trovavasi nel letto N. 67 fu un ragazzetto d'anni 12. La pietra che ne estrassi avea la forma di una amandorla. Il giorno dopo l'operazione convenne salassarlo essendosi sviluppata della febbre, la quale prestamente dileguatasi, e niun altro fenomeno morboso presentandosi, potè la ferita cicatrizzarsi in meno di 20 giorni.

Il quarto individuo sottoposto all'indicato processo di litotomia fu un uomo di circa 50 anni giacente nel letto N. 49. Anche in quest'uomo mi riescì facilissimo entrare in vescica; se non che trovandosi in essa, non già dei calcoli, ma una copia assai rilevante di renella ammassata, fui obbligato onde completamente estrarla di introdurre in vescica più volte la cucchiaia, e praticare nella vescica istessa non poche iniezioni, il che per altro non diede luogo allo sviluppo di alcun grave accidente. Sebbene però la fatta ferita si mostrasse del tutto cicatrizzata alla 36.ª giornata dalla subìta operazione, l'infermo venne trattenuto nello Spedale altri 20 giorni onde continuare a somministrargli opportuni rimedi che anche prima di essere operato da qualche tempo prendea, per liberarlo da una ipertrofia dei visceri ipocondriaci cui era soggetto.

Un ragazzetto d'anni 14 collocato nel letto N. 57 fu il 5.° pietrante che operai nello Spedale col descritto processo. In questo individuo potei con molta facilità estrarre un calcolo piuttosto grosso sviluppatosi nella prostata, e mi fu facile ancora il rilevare che un altro grosso calcolo trovavasi in vescica, ma saccato nella di lei parete anteriore. Vani essendo riesciti molti tentativi onde estrarlo, sarei stato costretto di imitare il *Leroy d'Etiolles*, di eseguire cioè il taglio ipogastrico come egli fece onde così estrarre una pietra saccata nella parete anteriore della vescica, se una favorevole circostanza non mi avesse suggerito di esperimentare prima un espediente assai semplice e per nulla

pericoloso. Ed in vero l' esplorazione fatta in vescica col dito mi faceva conoscere che una porzione del calcolo, lunga oltre a sei linee e larga altrettanto, non era abbracciata dalla cisti, ma sporgeva invece a nudo entro la cavità della vescica. Or bene, siccome io aveva veduto più volte che afferrando un calcolo oblungo con delle tanaglie da pietra per una certa estensione in una di lui estremità, e premendo a gradi con quelle su questa, si scrosta spessissimo e si rompe in più pezzi non solo la porzione compressa, ma ben di frequente l'intiero calcolo, sperai quindi che facendo altrettanto su quella porzione di esso che sporgeva in vescica, l'intero calcolo si rompesse o si spezzasse in modo da poterlo con facilità, mediante il dito e la cucchiaia, completamente snucleare ed estrarre dalla vescica istessa. Afferrato diffatto colle tanaglie quel pezzo di calcolo che trovavasi scoperto, e gradatamente con queste comprimendolo, l'intiero calcolo in gran parte scrostossi, cadendone così buona copia di frantumi nella cavità della vescica, dalla quale vennero tosto asportati: gli altri pezzi che rimanevano ancora entro la cisti furono pure estratti dopo averli snucleati col dito, il che riescì assai facile potendo l' estremità del mio dito indice agire su di essi con qualche libertà in causa di trovarsi la cisti in vicinanza del collo della vescica urinaria, e non incontrando il dito istesso ostacolo alcuno a penetrare molto addentro nella medesima per essere l'infermo appena pubere ed assai scarno.

Le varie manovre fatte onde compiere questa operazione diedero luogo allo sviluppo di una cistite che fu però domata coi salassi, e con conveniente regime antiflogistico. Passati 25 giorni dalla subìta operazione l'infermo cominciò ad emettere le urine pel membro, e dopo 40 giornate escì dallo Spedale in perfetto stato di salute.

I tre individui poi che operai in città furono, il primo il signor Domenico Lenzi di Cento, d' anni 25, da cui estrassi

una grossa e dura pietra, e che trovossi guarito 28 giorni dopo essere stato operato.

Il secondo, il signor Pompei Mariano di Rimini, d'anni 58. Quest'uomo, che molti Chirurghi si erano rifiutati d'operare trovandosi il di lui organismo nelle più deplorabili condizioni, fu perciò da me assoggettato al descritto processo di litotomia con assai poche speranze. Sebbene la pietra che gli estrassi fosse afferrata pel maggior diametro, il quale presentavasi di quasi due pollici, pure l'operazione riescì speditissima, e non sarebbe stata susseguita da fenomeni di qualche rimarco, se l'infermo non avesse fatti dei disordini dietetici, i quali per altro nel modo che conveniva essendo stati curati, non impedirono al Pompei, scorse essendo 50 giornate dalla subìta operazione, di ritornare pieno di salute a Rimini in seno della propria famiglia che avea grandemente temuto di non rivederlo mai più.

Finalmente l'ultimo individuo assoggettato al medesimo processo di litotomia fu un certo Enrico Lelli d'anni 5. L'operazione fu compita in meno di mezzo minuto. Se ne ottenne la guarigione in 20 giorni, niun sintoma grave si presentò in questo lasso di tempo.

I felici risultati per tanto che io ottenni operando la litotomia sotto-pubiana coll'indicato processo, sebbene ad evidenza ne mostrassero l'utilità ed inducessero a tentarlo, mi incoraggiò per altro maggiormente a valermene l'osservazione di un fatto, pel quale si fece palese che la natura istessa (la quale noi dobbiamo cercare di imitare, come quella che ben di frequente ci addita le vie più facili e sicure a liberarci di dolorose e gravissime infermità) nel dar luogo all'espulsione di grosso calcolo urinario, gli fece appunto percorrere quella medesima via che negli ordinari casi io consiglio onde estrarre i calcoli dalla vescica.

Angelo Famiglia fin dal terzo giorno della sua nascita cominciò a soffrire difficoltà nell'emettere l'urina, che si cangiò ben presto in un'assoluta impossibilità. Dopo molti dolori

e compassionevoli lamenti ebbe qualche tregua, e ciò in causa di avere egli emesso per la via dell' ano abbondante copia d' urina. Ed è ben sorprendente che i di lui genitori non si dessero di questo alcun pensiero, e che il lasciassero giungere fino alla età di 16 anni sempre in mezzo alle pene senza alcun chirurgico soccorso. Fu solo in quell' epoca che venendo improvvisamente assalito da intenso dolore al testicolo destro, fortemente infiammatosi, furono indotti i parenti del Famiglia a ricorrere ad un medico, che guaritolo di tale infiammazione, non si diede poi alcuna cura acciocchè le urine prendessero la via naturale. Continuò quindi l' infermo così anche tutto l' inverno di quell' anno, ma sul cominciare del susseguente Marzo 1846 essendosi inaspriti i dolori alle vie urinarie, gli fu procurato ristoro singolarmente coll' uso degli oppiati. Poco per altro durò in questo stato, che riaccesisi i dolori. e preso da continua e lenta febbre, cadde in uno stato allarmante di consunzione. Lo vide in allora un medico omiopatico, che senza molti esami, diagnosticò trattarsi di restringimenti uretrali, e pretese guarirlo con minime frazioni di grano d' estratto d' aconito, ottenendone quindi, come è facile immaginare, niun felice successo. Penò così altri tre mesi, quando fu visitato da un altro medico, il quale udito l' infermo lagnarsi di peso al perineo, di frequente e non soddisfatto prurito d' urinare, vedute le urine emesse per l' ano giallognole con sedimento simile al bianco d' ovo, e fatto riflesso allo stato grave di emacinazione in cui trovavasi il soggetto, diagnosticò di catarro cronico di vescica. Lo trattò con applicazioni ammollienti, semicupi, e diuretici, e con ciò ottenne un qualche miglioramento, il quale non fu però che fugace, giacchè fra non molto ai predetti mali si aggiunse l' escrezione per l' ano di urina sanguinolenta, e qualche volta di pretto sangue. Fu solamente in allora che il curante sospettando di pietra, o di calcoli rinchiusi in vescica, volle tentare la sciringatura, che non potè eseguire per l' eccessivo [illegible] nfermo, per cui questo fu abbandonato a se

stesso. Ma se il chirurgo che lo curò non si fosse astenuto dal visitarlo, avrebbe conosciuto che non solo era giusto il di lui sospetto, e se non avesse potuto debitamente soccorrere l'infermo, avrebbe almeno avuto campo di ammirare e tener dietro al lavoro che natura impiegò onde liberare quel disgraziato da una grossa concrezione calcolosa arrestatasi nell'uretra prostatica e nel collo della vescica. Passati in fatti altri 8 mesi in mezzo al più penoso soffrire, formatasi un'ampia apertura al perineo, ne scaturì molta marcia, e dopo questa, in seguito di violenti premiti, ne uscì un assai voluminoso calcolo.

Sembrava in allora che i tormenti del Famiglia fossero per terminare, ma non fu così; i medesimi invece continuarono a mantenersi gagliardi, per cui nuovamente visitato da un Chirurgo, volendone questi pur conoscere la cagione, stimò opportuno di introdurre un dito pel foro formatosi naturalmente nel perineo, per esaminare lo stato della vescica. E fu veramente sorpreso nel rilevare che un'altra notabilmente più grande concrezione calcolosa impegnavasi nel collo della vescica istessa. Credè egli opportuno di attendere anche di questa la naturale espulsione, ma il suo aspettare fu vano, per cui dopo non breve tempo venne deciso d'inviare il malato allo Spedale da me diretto.

L'infermo era in allora pallido e nel più alto grado emaciato per le penosissime sofferenze, che reso lo aveano ancora, bambolo ed imbecille. Gocciolavano continuamente dall'ano le urine, che raccolte, mostravansi torbide e giallastre con sedimento latterizio. I polsi erano deboli, scarso l'appetito, le condizioni insomma del malato tali da obbligare a togliere con sollecitudine quella cagione irritante, dalla quale i predetti mali derivavano.

L'esame intanto dell'apertura formatasi spontaneamente al perineo mi facea conoscere che ciò sarebbe riescito abbastanza facile. Ed in vero quell'apertura, con mia sorpresa, si presentava esattamente quale si mostra la ferita che fassi

al perineo eseguendo il da me usato processo di litotomia, nella quale ferita siasi ordito il lavoro di suppurazione.

Era essa come questa longitudinale, incominciava verso la base dello scroto, e rasente il rafe si dirigeva fino al corrispondente margine dell'ano; tramandava buona marcia, i suoi bordi erano così regolari, tanto liscia la di lei interna superficie, che io non maravigliai se alcuni studenti, al primo vederla, la ritennero, non già effetto di un processo ulcerativo, ma invece conseguenza di una regolare ferita. E non solo lo stato degli esterni tessuti appariva quale si osserva negli individui operati da varii giorni coll'indicato processo, ma ben anco quello delle interne parti rilevavasi similissimo a quanto negl' individui stessi riscontrasi. Diffatto introdotto il mio dito indice nella piaga, m'accorsi che col medesimo entrava in una apertura esistente nell'uretra membranosa, la quale apertura si prolungava in modo da comprendere l'orlo anteriore prostatico. Nel resto la prostata era intatta, mostravasi soltanto in modo notabile allargata, in causa di aver dato ricetto a quel calcolo che in essa sviluppatosi, era già stato spontaneamente espulso.

Spinto poi il mio dito in vescica, sentii l'altro grosso calcolo in essa esistente, e finalmente rilevai che la medesima era addossata così strettamente su d' esso da formargli come una cisti, e da renderlo per questo affatto immobile; il che dovea ripetersi dal non potersi l' urina soffermare e raccogliere nella vescica istessa, trovando un facile e spedito passaggio attraverso quella fistola retto vescicale che nel nostro infermo si era formata dopo i primi giorni della di lui nascita.

Per le quali cose adunque finora discorse, risultando che la natura era riescita ad espellere il calcolo formatosi nella prostata facendogli percorrere quella medesima via che io formo ad arte coll' indicato processo, poco a fare mi rimanea onde estrarre quella concrezione calcolosa che tuttora trovavasi nella vescica urinaria rinchiusa, la quale

concrezione calcolosa, e pel rilevante volume di cui era fornita, e per gli attacchi che esistevano fra esso lei e la vescica, non avea potuto essere dalla medesima espulsa. Io non dovea che afferrarla debitamente colle tanaglie, e farle percorrere quella via facile e sicura che avea già la natura formata.

D' altronde però, come ognuno di leggieri comprende, trovandosi la pietra fortemente abbracciata dalla vescica, ed essendo quindi impossibile l' insinuare fra questa e quella le comuni tanaglie ed aprirle in modo da afferrare debitamente la pietra istessa, stimai opportuno il valermi di tanaglie ad articolazione mobile e così potei diffatto, dopo avere debitamente collocato l' infermo, con molta facilità insinuare separatamente, mediante la scorta del dito indice fra la vescica ed il calcolo tanto a destra quanto a sinistra, le corrispondenti branche della tanaglia istessa, insieme articolarle, ed estrarre con leggieri movimenti circolari un calcolo assai grosso, il quale bene esaminato presentava la forma della vescica.

Non molto dopo estratta la pietra, l' operato trovossi in condizioni più lusinghiere. Se si eccettui qualche meteorismo, o tormine all' addome, le sofferenze dell' infermo ebbero notevole ristoro, e l' appetito, la nutrizione, la calorificazione, e per fino le facoltà mentali mostrarono in breve un marcatissimo miglioramento. La piaga però che in sulle prime erasi rapidamente rimpiccolita cominciò a farsi dopo una ventina di giorni stazionaria. Nella 36.ª giornata si pensò di introdurre e si introdusse la sciringa di gomma elastica in vescica onde tentare la più pronta obliterazione dell' antica fistola retto vescicale; ma il Famiglia essendosi reso intollerante, non si prestò a ritenerla. Poco dopo per altro cominciarono le urine a passare in qualche copia anche per l' uretra; di ciò incoraggiato l' infermo fece abusi dietetici pel che venne preso da diarrea, della quale anche sanato, poche urine emettendosi per la fistola, quasi tutte per l' uretra, prima che si

ottenesse di quella la completa chiusura, desideroso di ritornare alla propria casa fu dimesso dallo Spedale il giorno 7 Novembre 1848 dopo 76 giorni di trattamento.

Ora tornando a noi Le dirò, onorevolissimo signor Professore, che molti altri fatti mi confermavano dalla grande utilità del mio processo, in prova di che per prima cosa La prego di prendere in considerazione buon numero dei calcolosi da me curati in Clinica nel periodo di dieci anni.

Fra questi si annoverano quattro donne e 54 maschi. Le prime furono assoggettate alla dilatazione immediata dell'uretra (1), e tutte guarirono. Nei 54 maschi, mi regolai diversamente a tenore delle indicazioni.

In un fanciullo di 18 mesi, mediante il tiracalcoli di *Leroy d' Etiolle*, facilmente estrassi un calcolo della grossezza di un faggiolo arrestatosi nell' uretra bulbosa.

In un uomo di 62 anni avente un' uretra ampiissima potei portare fuori dalla medesima mediante una lunga pinzetta un cilindro di legno della grossezza di una penna d' oca e della lunghezza di 12 centimetri che colui erasi spinto fino in vescica per eccitare l' estro venereo, e sul quale cilindro si erano per non breve tratto depositate concrezioni calcolose.

In un fanciullo di pochi anni fu esperimentato, in causa del ristrettissimo spazio perineale, il taglio sotto-pubiano lateralizzato, e morì di acuta cistite la quale per disavventura non fu curata essendo io assente. Morì pure un nomo di 43 anni operato colla cistotomia mediana ,e contemporaneamente coll' artificiale frangimento del calcolo resosi indispensabile atteso il suo enorme volume. L' autopsia confermò i rilevantissimi guasti nell' apparato urinario che si erano già sospettati prima di eseguire l' operazione.

(1) Questo metodo fin da tempo assai antico fu prediletto dei chirhi della scuola Bolognese. Mi sovviene di avere veduto estrarre colla atazione uretrale un calcolo grossissimo dal Prof. *Venturoli*. [illegible] l' incontinenza d' urina.

Nove individui furono operati colla sola litotripsia; il primo aveva 66 anni. Sebbene si riescisse a liberarlo completamente per tal modo dal calcolo, una lenta nefrite suppurativa lo privò di vita (1).

(1) Leggendo il fascicolo di Agosto 1865 della Gazzetta degli Ospedali di Genova trovai la seguente comunicazione tratta dal giornale *Lo Sperimentale* di Firenze.

» Nella seduta 12 Marzo (1865) della Società medico-fisica fiorentina, il socio onorario Prof. cav. *Carlo Burci*, premesso che il raccontare i casi alquanto strani, lungi dal partorire in medicina l'utilità che se ne attende, invece allontana dallo studio dei canoni e delle leggi generali, portandoci nel campo delle ipotesi, dice che non ha potuto difendersi dalla seduzione di un fatto che gli sembra meraviglioso e che colpisce la mente e sveglia l'attenzione, rivolgendola a investigarne le cagioni possibili ».

» Si fa quindi a narrare la storia di un calcoloso, la quale deve alla gentilezza del Dottore *Innocenzo Corradi*, medico-chirurgo condotto a Iesi. Giacomo Borghesi, di Iesi, di anni 70, affetto da molto tempo da gotta che lo condannava a vita sedentaria, soffriva di qualche doloretto alla regione renale, aveva orine con sedimento mucoso giallastro. Nel Novembre 1860 sopravvenne stranguria, e quindi iscuria con febbre. Colle debite cure e più coll'uscita di un pezzetto di calcolo vescicale, quei fenomeni si dileguarono; questo pezzetto rappresentava un segmento di crosta ed è di dentro scavato a scodella, come se distaccato nettamente dal resto del calcolo. A questo ne tennero dietro altri più piccoli, somiglianti a tante fettuccine di popone. Mitigati i disturbi vescicali, fu pensato dal curante alla litrotizia, che riuscì impossibile per un doloroso spasmo sopravvenuto dopo l'introduzione dello strumento; calmatosi, emise altri due frammenti più grossi, simili al primo. Dopo pochi giorni, coi medesimi fenomeni, emissione di altro frammento simile. Nel dicembre 1860 insorgono di nuovo gli stessi sconcerti, si aumentano, compariscono quelli d'infezione purulenta, e l'infermo muore nel 9 gennaio 1861 ».

» Eseguita l'autopsia si rinvennero nella vescica, oltre i segni di una cistite cronica, calcoli interi, frammenti e residui di calcoli rotti; gli interi presentavano delle linee che li dividevano in segmenti, e i rotti presentavano pure dei segmenti simili ai pezzi già emessi in vita, e dei nuclei tondi, quali son quelli proprii dei calcoli spontanei. I calcoli dovevano essere otto, tre dei quali intieri, simili per forma, per grandezza, per apparenza, per somiglianza di struttura, per superficie, per maniera

Il secondo avea 27 anni; dopo tre sedute trovossi guarito; il calcolo era piuttosto piccolo.

d'aggregazione dei materiali organici ed inorganici; globosi o schiacciati, ora pianeggianti, o rilevati forse in ragione dei mutui contatti, lisci e levigati alla superficie, di colore giallo-cinereo, di peso medio, molto duri. Il Prof. *Burci* accompagnava questa descrizione con una tavoletta ove erano disposti i calcoli intieri e i frammenti trovati nella vescica del nominato individuo, eccetto uno degl' intieri che fu inviato al Prof. *Capezzuoli*, a ciò ne compisse l'analisi, la quale ci era fatta conoscere nel seguito della *Memoria* dal Prof. *Burci* medesimo. Da questa analisi risultava che questi calcoli componevansi in massima parte di acido urico, soltanto in minima quantità combinato a diverse basi, per ogni resto libero e più nelle parti centrali che nelle periferiche ».

» Prosegue quindi il Prof. *Burci* a dire, che il caso di cui rende conto è di rottura spontanea, regolare e simmetrica di parecchi calcoli vescicali urici, avvenuta durante la vita, senza che causa meccanica ordinaria l'abbia prodotta; caso raro, non tanto per la frattura spontanea, quanto per la mirabile e singolare regolarità con cui i calcoli si ruppero a guisa di un frutto a spicchi che di per sè si aprisse. In ultimo dice che due soli casi simili ha potuto rinvenire nelle opere antiche e moderne, e di questi si propone parlare in altra seduta unitamente alla più probabile teoria fisica che potrebbe dar ragione del rompersi regolare e spontaneo dei calcoli vescicali ».

Questa lettura mi indusse a richiamare subito alla memoria dei chirurghi casi di simil genere da me già resi noti alla Società Medica Chirurgica di Bologna fino dall'anno 1854 (1) e che mi era deciso di pubblicare un po' più diffusamente allorquando alcuni miei valentissimi e competenti Colleghi ai quali mi era rivolto, essi pure studiandoli avessero potuto con nuove e bene dirette indagini darmi ragione della causa fisica e chimica di sì raro e singolare fenomeno.

La quale scoperta, come ognuno di leggieri comprende, avrebbe forse potuto essere sorgente di immenso vantaggio per la pratica chirurgica, giacchè quella rottura di calcoli essendosi effettuata senza che gl' infermi per qualsiasi particolare fenomeno se ne avvedano, fa quindi sperare, che l'agente che la determina sia di innocua natura, e che di esso il chirurgo nel modo più acconcio approfittando, potesse spiegare in non pochi casi

(1) Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna, Luglio 1854.

Il terzo avea 72 anni, e questo pure in poche sedute si liberò dai suoi patimenti.

almeno quella benefica influenza, che valesse, senza arrecare molestia alcuna, a liberare i calcolosi dagli strazi che li tormentano. Ma le mie brame essendo rimaste finora deluse, mentre mi auguro che altri siano per cogliere migliori frutti, ripeterò qui per prima cosa, che grandemente mi duole di non potere esporre nel desiato modo quanto avvenne in un uomo che presentossi da non molto all' onorevole signor Dott. *G. B. Baravelli*; nel quale uomo appunto aveva avuto luogo la spontanea rottura di alcuni calcoli vescicali, e la espulsione dalla vescica e dall' uretra di parecchi di quei frantumi. Malauguratamente mentre si pensava a fare diligenti indagini su questo infermo, non se ne potè avere più contezza alcuna. Posso però dire che avendomi il lodato collega usata la cortesia di regalarmi quattro di quei frammenti, due di essi appariscono piccolissimi, gli altri due molto più grandi, e quasi del volume di un seme di frumento, sono di un color paglierino, mostrano una superficie convessa ed una concava, il maggiore ha una figura esagona, il minore romboidale, ed i loro margini presentansi quali si osservano nei frantumi dei calcoli spezzati col litotritore.

Notizie poi anche un poco più esatte darò pure degli altri due casi già da me resi noti alla nostra Medica Società (1) che li rendono molto interessanti.

Il signor Gherardi Gherardi, uomo di circa 50 anni, di robusta costituzione, chirurgo flebotomo in Forlì, molti anni or sono recossi a Bologna onde essere da me curato di una antica e tormentosa malattia degli organi urinari. Il Prof. *Regnoli*, Clinico Chirurgo in Firenze, che parecchi mesi prima lo avea esplorato colla sciringa metallica, non essendo in quel tempo riescito a spingerne il becco in vescica, per questo, e per altri esami da esso lui fatti, giudicò trattarsi di ipertrofia prostatica, e consigliò opportuno trattamento curativo. L' infermo per altro non vi si assoggettò e limitossi all' uso di bevande diluenti. Un giorno, nello emettere che ei fece le urine, con sua molta sorpresa espulse alcuni frantumi di calcolo in un con del pulviscolo terroso che conservò. Sperando egli di potersi liberare del tutto, senz' altro aiuto, dei suoi patimenti, continuò nell' uso delle bibite diluenti, ed in ispecial modo della decozione di gramigna, e così ottenne in più volte la emissione non solo di altro pulviscolo, ma ben anco di molti

(1) Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna 1854.

Il quarto trovavasi nell'età di 62 anni, era un uomo robusto e la guarigione si ottenne in 5 sedute.

pezzetti di calcoli, e sebbene ne ritraesse non poco sollievo, questo però fu di breve durata, che anzi fra non molto tornando ad aggravarsi i di lui patimenti, e temendo che qualche grave lesione della vescica si determinasse, deliberò di sottomettersi alla mia cura.

Esaminatolo diligentemente in compagnia degli onorevoli signori Dottori *Baravelli* e *Romei*, trovammo il suo organismo alquanto deperito, emetteva egli con molto stento e frequentissimamente le urine, le quali alcune volte mentre fluivano, del tutto si arrestavano per tornare poco dopo a colare dall' uretra, e ciò avveniva sempre con dolore e grande difficoltà. Le urine, raccolte che fossero in un vaso, lasciavano depositare muco pus in molta abbondanza, l' infermo era tormentato da penoso prurito alla estremità della verga, non poteva a lungo camminare e soffriva assai trovandosi in carrozza, ed anche riposando sentiva un dolore quasi continuo alla regione della vescica.

Sebbene per tutto questo potesse ragionevolmente dubitarsi che altri calcoli fossero rinchiusi nella vescica urinaria, prima però di accingermi al cateterismo metallico per constatare meglio la diagnosi, volli esplorare l' infermo per la via del retto intestino, col fine di stabilire lo stato in cui si trovava la prostata, la quale, così regolandomi, io pure trovai ingrossata. Allora, senza frapporre indugio alcuno, insinuai lungo l' uretra una sciringa d' argento in vescica, e così mi fu fatto rinvenirla piena zeppa di calcoli. Che se questa assicurazione per una parte confortava l' animo oppresso del nostro infermo, il quale temeva di essere in preda ad una malattia non dominabile dall' arte, e sperava tutto al più di ottenere un qualche ristoro ai suoi mali mercè l' uso di opportuni rimedi, d' altra parte lo atterriva il pensiero di doversi sottoporre alla cistotomia, che maggiormente paventava per le difficoltà che sarebbersi incontrate nell' eseguirla, attesa specialmente l' ipertrofia prostatica cui era soggetto.

Ma per destare la calma nel suo spirito non ommisi allora di rendergli noto, che avendo io avuto la fortuna di guarire colla litotripsia altri calcolosi posti in condizioni così gravi da farla credere da taluno controindicata, nutrivo pure fiducia di poterla anche in lui esperimentare con vero vantaggio, purchè si fosse mostrato docile e paziente in tutto il non breve tempo che a questo fine si sarebbe richiesto.

Prese egli allora coraggio: prima però di accingermi a questo esperimento, collo scopo di meglio conoscere la natura dei calcoli sui quali mi proponeva di agire, volli esaminare i frantumi che dallo infermo erano

Il quinto era giunto all'età di 70 anni. Dopo parecchie sedute trovandosi migliorato volle escire della Clinica.

stati in più riprese emessi dalla vescica e dall' uretra senza aiuto alcuno.

Questi frantumi erano in numero di quaranta, il pezzetto più grosso offriva il suo maggior diametro di un centimetro e tre millimetri, aveva sei millimetri di grossezza, presentava due superficie, una esterna convessa e piuttosto scabra, una interna concava liscia, aveva una figura esagona, la superficie esterna appariva di color grigio in alcuni punti tendente al nerastro, l' interna mostravasi di un bianco sporco; altri pezzettini aveano diverse forme, la triangolare cioè, la romboidale; nel maggior numero però prevaleva la esagona: il loro peso complessivo in un col pulviscolo ascendeva ad otto grammi. L'analisi chimica poi eseguita dal Prof. *Sgarzi* ci rivelava che i medesimi erano composti di urato di calce per la massima parte, di fosfato calcare, non che di sostanza animale prosciugata di natura mucosa. Il loro peso complessivo ascendeva a otto grammi e mezzo.

Se adunque io mi faceva a considerare che calcoli ridottisi da sè in frantumi non piccoli erano stati espulsi spontaneamente dall' uretra del nostro infermo, e che la loro consistenza non era straordinaria, poteva per questo lato sperare che la litotripsia non avrebbe incontrate grandi difficoltà. Ma l'ostacolo più grave sembrava piuttosto doversi riporre nel gran numero di calcoli dai quali rimaneva intasata la vescica, che non solo avrebbero resa in essa difficile la introduzione del litotritore, ma avrebbero tanto meno permesso il divaricarne con agevolezza le branche onde afferrare, stringere, e rompere quei calcoli che tuttora vi si mantenevano. La quale difficoltà si sarebbe resa maggiore anche perchè la vescica sdegnava di lasciarsi distendere da quella copia di urina o di liquidi che sarebbe stata necessaria onde rendere più facile la presa dei calcoli stessi. Siccome però la esperienza mi aveva reso manifesto che anche in consimili gravi contingenze si può spesso colla litotripsia riescire a bene purchè si eseguisca con particolari cautele; e sebbene prevedessi che per sbarazzare completamente la vescica avrei dovuto impiegare lungo tempo, ed incontrare non poche difficoltà, non disperai però di potere appagare le brame dello infermo.

E in realtà, se la litotripsia in molti casi è susseguita da funestissimi mali, ciò di spesso non è già per colpa del metodo, ma bensì pel modo improprio con cui viene praticato. Io ricorderò sempre un robustissimo giovane avente un piccolissimo calcolo vescicale, il quale giovane trovavasi

Il sesto aveva 67 anni, escì esso pure dallo Spedale senza che l' operazione fosse compita.

nelle più favorevoli condizioni onde esserne liberato mediante la triturazione. Fu egli operato da un valente chirurgo; ed io mi trovai presente a quella operazione, ma sgraziatamente quel calcolo non fu subito afferrato col litotritore, malauguratamente quel chirurgo si ostinò per prenderlo e schiacciarlo; aprì per questo più e più volte invano lo strumento, e sebbene alla perfine giugnesse ad ottenere il suo intento, ed anzi poco dopo l' operato emettesse in un colle urine d' un tratto i frammenti, e la vescica ne rimanesse perciò completamente sbarazzata, purtroppo però in causa delle improprie manovre fatte, destossi una cistite cancrenosa che in pochi giorni lo tolse di vita.

Ben altrimenti regolandosi si avrà invece la sorte che a me pure è toccata, di guarire calcolosi che sembravano ridotti al punto da doversi ritenere inoperabili con qualsiasi metodo, e capaci soltanto di potere fruire dei vantaggi di un trattamento palliativo. Anzi i fatti da me osservati mi hanno indotto a potere stabilire che, ben diversamente da quanto illustri chirurghi opinarono, la litotripsia è meno temibile della litotomia in non pochi di simili gravissime contingenze, purchè sempre con rigore non si decampi dalle norme che a tale uopo rendonsi necessarie.

Tengo io quindi in questi casi l' infermo per un tempo più o meno lungo in letto, e per quanto è fattibile in posizione supina; gli prescrivo un cibo leggiero, bevande mucilagginose in discreta copia, e l' uso di qualche rimedio calmante, dando la preferenza al bagno tiepido generale, od al semicupio; così non suole tardare ad aversi una qualche calma, e l' urina può essere più a lungo ed in maggiore copia trattenuta in vescica. Allora tento nel modo il più delicato la introduzione della sciringa o del litotritore nell' uretra e nella vescica onde poterle abituare a tollerarne la presenza. Ciò ottenuto, mi accingo alla operazione approfittando di uno di quei momenti in cui la vescica contiene una certa copia di urina, e faccio questo per evitare l' irritazione che può essere indotta dalla precedente introduzione della sciringa che si pratica dai chirurghi per iniettarvi dei liquidi, onde allargarne la sua cavità. Risparmiato così questo primo tempo dell' operazione che qualche volta da se solo è sufficiente a disturbare la vescica in modo da non permettere più al chirurgo di compiere l' atto operatorio, introduco il litotritore, e tento di aprirlo; se non vi riesco subito, non mi ostino, ma lo ritiro, per non danneggiare le parti, e rimetto la operazione ad altra giornata; se poi riesco ad aprirlo senza rimarchevole dolore, allora faccio uno o tutto al più due tentativi per

Il settimo era nell'età di 65 anni; l'operazione riescendo spesso dolorosa ed il calcolo essendo molto grosso,

afferrare il calcolo, e quando lo abbia preso lo rompo, ed a questo mi limito, non solo collo scopo d'evitare le temute irritazioni, ma ben anco per impedire che i frantumi in troppa copia si insinuino nel canale dell'uretra, si arrestino in qualche suo tratto, la otturino in totalità od in parte, e costringano perciò ad eseguire manuali od istrumentali operazioni onde estrarli, le quali in alcune circostanze sono cagione principalissima di gravi disastri.

Di tale guisa regolandosi, come molti di coloro che hanno seguìta la mia pratica possono attestare, non solo gl' infermi posti nelle più temibili condizioni non ne provano alcun danno immediato, ma invece d'ordinario poco dopo trovansi alquanto sollevati, sia perchè la vescica si sbarazza dei frantumi, sia perchè spezzato il calcolo il suo peso rimane in più punti ripartito, e quindi è maggiormente tollerato dalla interna superficie vescicale. Il quale sollievo poi va man mano crescendo a seconda che con altre sedute, fatte sempre con delicatezza e circospezione, ed anche a lunghi intervalli l'una dall'altra, l'infermo si va liberando dei frantumi che si nascondono in vescica.

Nella convinzione pertanto che attenendomi con rigore a queste norme avrei potuto giovare anche al Gherardi, assistito dai lodati signori Dottori *Baravelli* e *Romei*, sperimentai in lui pure la litotripsia. e ne fui bene soddisfatto giacchè ne ottenni un pieno risultato. È da notarsi però che onde la guarigione fosse completa occorsero nove mesi di cura, e fu necessario che l'infermo si assoggettasse per ben 49 volte alla litotripsia affine di vuotare la vescica dall'enorme copia di calcoli in essa nascosti, e che io andava via via frangendo.

Esposto questo caso veramente interessante, aggiugnerò che nel giorno 14 Giugno 1854, l'onorevole signor Dott. *Angelo Cavalli* mi scriveva da Faenza una lettera, in unione alla quale mi inviava non pochi frantumi di calcoli vescicali espulsi spontaneamente da un vecchio, chiedendomi se mi era mai incontrato in simile natura. Gli risposi affermativamente alludendo a quello che or ora ho narrato. Bramando però io di avere notizie più circostanziate del suo infermo, egli cortesemente accudì alle mie preghiere con altra gentile lettera che qui testualmente trascrivo.

onde ottenere una completa guarigione, si richiesero 10 mesi.

Stimatissimo Profcssore

Ho tardato a rispondere alla di Lei lettera, perchè essendo scorsi parecchi anni dacchè mi occorse il caso che Ella mi accenna, e morto pure da molto tempo l'individuo che lo presentò, nè la mia memoria potendomene suggerire i particolari, ho dovuto portarmi in Città per osservarli tra alcune mie memorie. In queste ho trovato, che l'individuo che era affetto di calcoli vescicali aveva circa 80 anni quando cominciò a sentire gl'incomodi di un corpo estraneo nella vescica; il che non tardò molto a verificarsi per l'espulsione di alcuni calcoli della grossezza tra il grano di veccia ed il pisello, di superficie irregolare tendente alla sferica, non però scabri, duri, e non friabili; e questi primi calcoli non mostravano di essere frantumi di altri più grossi, giacchè la loro forma era quasi sferica, e la loro stratificazione eguale in tutta la superficie. Ma colla sortita di questi calcoli non pertanto cessarono gl'incomodi suaccennati, e specialmente l'irritazione della vescica, che veniva alquanto calmata con bevande mucillaginose.

Rammentandomi di aver sentito encomiare, non mi ricordo se a voce o per lettere, la parietaria come avente la facoltà di far espellere i calcoli dalla vescica, volli esperimentarne l'uso in questo caso. Feci prendere al malato una decozione satura di detta pianta, circa un bicchiere in una sol volta, e dopo alcune ore egli espulse una decina di calcoli, grossi alcuni quanto un grosso grano di formentone, a cui assomigliavano anche per la forma; valė a dire che una parte della loro superficie era sferica levigata, e le altre appianate ed angolari, e sebbene non scabre, non erano però levigate. Esaminati attentamente questi calcoli, e per la loro figura uniforme, e per essere le loro superficie piane prive di deposito recente, non lasciavano alcun dubbio che non facessero parte di calcoli più grossi, e che la loro rottura non fosse accaduta di recente. Si continuò per qualche tempo l'uso della parietaria lasciando però un intervallo di parecchi giorni tra una presa e l'altra; ed in un giorno che aveva preso il detto decotto emise più di trenta calcoli, di modo che nello spazio di pochi mesi ne espulse più di un centinaio.

Al cessare dell'emissione dei calcoli si sospese l'uso della parietaria. il quale in seguito veniva ripreso al ricomparire dei sintomi della presenza di calcoli nella vescica; ed ogni volta che prendeva il decotto, qualche

Nell' ottavo di 43 anni il calcolo essendo piuttosto voluminoso e duro, si è reso necessario il sottoporre l' infermo a

calcolo veniva espulso. Questo stato di cose durò per qualche anno; ed in fine avendo osservato che dietro l' uso della parietaria non venivano più espulsi calcoli, si cessò dal medesimo. Ciò non pertanto continuavano i segni di corpo estraneo nella vescica, che allora giudicai di un grosso calcolo, o di una pietra, ed aspettava la morte dell' individuo, che aveva circa 87 anni, ed era alla fine del 1859, per potere esaminarne la vescica. Ma la di lui morte essendo accaduta nel tempo che io mi trovava ammalato, non potei soddisfare il mio scientifico desiderio.

Queste sono le nozioni che ho potuto darle sul caso, che credo certamente non sia comune; e se me ne fosse sfuggita qualcuna che Ella desiderasse avere, me lo scriva.

Ora a me pare, che sul caso presente due siano le considerazioni da farsi: l' una sull' efficacia della parietaria, e l' altra sulla forza che produce la rottura dei calcoli, che non sono certamente friabili, ma di dura consistenza.

Dietro alla richiesta che Ella mi ha fatto, suppongo che abbia in animo di pubblicare qualche cosa in proposito, tanto più che Ella ha avuto ad osservare un caso analogo al mio. Se questa mia supposizione si avverasse, la pregherei di essermi cortese favorendomi una copia del suo scritto allorchè avrà veduta la luce.

Intanto mi creda con tutta la stima

Faenza li 29 Ottobre 1865.

Devotissimo
Cavalli Angelo.

Quei frantumi di calcoli che mi furono mandati dall'onorevole Collega spontaneamente emessi dal ricordato infermo, fra grandi e piccoli sommavano a 33; il maggiore aveva il volume e la forma di un seme di cece, era rotto nel suo mezzo, e scorgevasi, come gli altri pezzetti di calcolo, d' un colore aranciato piuttosto fosco. Tutti questi frantumi appartenevano essi pure manifestamente a calcoli di piccol volume. La loro superficie esterna era liscia, l' interna offriva diverse facciette irregolari. In unione a tutti questi frammenti non vi era pulviscolo di sorta, ed il loro peso complessivo era di due grammi e mezzo (1). Facendo poi la dovuta attenzione

(1) Mediante l' analisi chimica eseguita pure dal Prof. *Sgarzi* si rinvennero composti di puro acido urico con solo qualche poco di materia animale disseccata, parimenti mucosa.

non poche sedute, mediante le quali attualmente trovasi in condizioni tali da poterne ritenere prossima la guarigione.

ad alcuni caratteri fisici dei frantumi appartenenti ai tre indicati infermi, i quali frammenti tutti non mancai di gelosamente custodire e di poi regalai al Museo di Anatomia patologica di questa Università onde possano valere in utili ricerche, si potrebbe arguire che i loro principiì costituenti predominanti non fossero esattamente i medesimi, e per questo vi sarebbe luogo a supporre che l'agente che ne indusse la rottura non fosse di natura chimica, ma piuttosto meccanica. Ma se considerazione si faccia che la espulsione dei frammenti avvenuta nel vecchio testè menzionato ebbe luogo a più riprese, e specialmente quando il medesimo avea ingoiato il decotto di parietaria, nella quale sovrabbonda l'azotato di potassa e la mucillaggine, sembrerebbe piuttosto che si dovesse tenere un avviso contrario, e sospettare cioè che il disgregamento delle molecole calcari fosse riferibile ad un agente chimico. Questa ipotesi per altro perderebbe molto valore pel riflesso che dopo essersi liberato a più riprese di non pochi calcoli quell'infermo, nondimeno quantunque continuasse a fare uso della parietaria non riescì di poi a sbarazzarsi da ulteriori tormenti che parevano a gran ragione dipendenti da altre concrezioni calcari nella vescica. E simile dubbio è in me cresciuto dacchè esperimentata in alcuni calcolosi che ora ho in cura la medesima decozione, non ne ho ottenuto alcun buon risultato, anzi ho dovuto, dopo averla per un lasso di tempo conveniente somministrata ai miei infermi, sospenderla, essendosi per l'azione della medesima aggravato lo stato irritativo degli organi urinari.

Piaccia quindi a Dio che la vera cagione determinante questo prodigioso fenomeno si possa mediante accurate indagini con certezza svelare, e dessa sia tale da lasciare libero campo ai chirurghi di poterne approfittare in pro di un buon numero di calcolosi onde liberarli per mezzo suo dai tormenti che li opprimono e li straziano, e così venga loro impedito di subire tutte quelle gravi conseguenze che per quanto cauti ed abili siasi nell'operare, ponno incontrarsi mediante la litotripsia, e la litotomia: e valga pure a giovare a non pochi di quegli sciagurati che sono posti in uno stato il più miserando a motivo di calcoli formatisi nei reni e divenuti sì grossi da non potersene sbarazzare, favorendone invece per mezzo suo la rottura, e riducendoli in così minuti pezzi da non trovare più inciampo a percorrere l'uretere, a penetrare in vescica, ed a sfuggire in un colle urine dal canale uretrale.

Nel nono infine che ha 17 anni il calcolo, sebbene non piccolo mostrandosi per altro friabile in poche sedute l'infermo se ne è quasi del tutto liberato (1).

Gli altri 41 calcolosi, dei quali 35 dell'età dai 10 ai 15 anni, 3 dai 15 ai 30, 3 dai 30 ai 60, ed uno di oltre 70 anni furono tutti operati colla litotomia mediana, mediante il mio processo, e se ne ottenne in tutti la guarigione. Due però di questi di poi ed indipendentemente affatto dall'operazione morirono; il primo che era un fanciullo, dopo otto mesi dalla cicatrizzazione della ferita, in seguito di tubercolosi pulmonare e addominale; il secondo che era un uomo di 50 anni, dopo due mesi circa ed alloraquando la ferita era quasi cicatrizzata, e per consunzione, dipendente da antichi guasti irrimediabili dei reni ed indotti da calcoli ivi arrestati.

Se poi ai 41 individui da me operati felicemente in Clinica col mio taglio, Ella vorrà aggiugnere le molte e costanti guarigioni ottenute con questa istessa operazione nella mia pratica particolare, ed i risultati non meno felici che ne ebbero valentissimi miei colleghi fra i quali enumererò il Prof. *G. Giovannini*, il *Romei*, il *Peruzzi*, il *Baravelli*, il *Belluzzi*, il *Busi Cesare*, il *Consolini*, il *Busi Carlo*, il *Ruggi*, il *Modonesi*, l'*Oliveti*, non che molti altri che furono miei discepoli (2).

(1) Poco dopo avere spedita questa lettera al Prof. *Botto* i predetti individui raggiunsero la completa guarigione.

Fino dall'anno 1837 poi mi sono prevalso di frequente negli adulti della litotripsia, ed anche in alcuni casi nei quali a primo aspetto, in causa dello stato morboso grave in cui la vescica trovavasi, si sarebbe ritenuta controindicata. Attenendomi però alle maggiori cautele ne ebbi esiti felicissimi. La storia di alcuni di questi casi fu redatta dall'Onorevole signor Dottor *G. B. Baravelli*, e pubblicata nel Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna. Serie 3.ª Vol. 22 pag. 370.

(2) Anche i Chiarissimi Professori *G. B. Borelli* e *Gian Lorenzo Botto*, convenendo pienamente con me sulla utilità della cistotomia mediana eseguita colla scorta dei principii da me stabiliti, abbandonarono il primo la

ciò tutto servirà fuori d'ogni dubbio ad accrescere valore a[illegible] taglio limitato dell' uretra e della prostata congiunto all[illegible] loro dilatazione.

Ben lieto che siasi offerta questa occasione per attestarl[illegible]e la mia altissima stima, pieno di ossequio, mi dichiaro

Di Lei Chiarissimo signor Professore

Dev.mo Collega
Francesco Rizzoli.

cistotomia bilaterale, il secondo la perineale lateralizzata cui esclusivamente davano la preferenza per attenersi al taglio mediano eseguito coll[illegible] norme da me preconizzate, con questo però che amendue commendano all' uopo un loro particolare litotomo-Botto. Sciringone litotomo. Nuovo istrumento per l'operazione della pietra. Genova 1869.

F. 1.
F. 2.
F. 4.
F. 5.
F. 6.
a
b
d
f
e
h
g
k
x
t
v
u
n
o
l
m
q
p
1/2
2/3
Lit. G Wenk.

DEI

CALCOLI PERINEALI

E DEL LORO TRATTAMENTO

Parecchi anni or sono l'Illustre *Porta*, Professore di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università di Pavia, comunicò all'Istituto Lombardo di Scienze Lettere ed Arti una sua pregievolissima Memoria (1) sui calcoli saccati del Perineo, intorno ai quali prima di lui, sia per la poca loro frequenza, sia per non essersi offerte circostanze opportune onde farne regolari ispezioni anatomiche, non avevansi che cognizioni inesatte, in ispecial modo sulla loro provenienza, attitudine, e sui loro rapporti cogli organi urinari.

Essendosi pertanto offerte al *Porta* favorevoli occasioni per istudiare anche anatomicamente alcuni casi di simil genere, potè egli spandere molta luce su tale argomento, e porre sott'occhio i mezzi che riteneva più confacenti a liberare di simili calcoli gl'infermi.

Il *Porta* adunque, all'appoggio delle proprie osservazioni e di quelle d'altri uomini eminenti, ammette che il calcolo

(1) Memorie del R. Istituto Lombardo di Scienze Lettere ed Arti Vol. IX 1862.

perineale sia cistico, e la sua cisti formata dall' uretra ampliata. Per verità ciò che egli afferma è in contraddizione colla massima generalmente invalsa, secondo la quale il calcolo del perineo si fa successivamente ad una fistola ed in grembo alla medesima, per lo stillicidio e la deposizione dei sali dell' orina, e giace quindi fuori delle vie naturali. *Louis*, dice il *Porta*, che ha scritto il primo una Memoria su questo argomento, la quale venne inserita l'anno 1757 negli atti dell' Accademia di Chirurgia di Parigi, ha dato corso a questa dottrina, e le sue idee sulla formazione del calcolo perineale, bene accolte dagli scrittori, hanno prevalso fino a noi. La Memoria presenta dieci casi, tolti da diversi autori, *Tolet*, *Ledran*, *Guigneau*, *Mollet*, *Morand*, *Piercau* e *Covillard*. Nei primi otto, la pietra del perineo e dello scroto avea tenuto dietro alla cistotomia, dopo l'intervallo di uno fino a venticinque anni; negli altri due, la pietra si era formata senza precedenza di operazione: in uno per calcio allo scroto riportato sei anni prima, nell' altro spontaneamente in conseguenza d'iscuria e fistole orinose. Di questi dieci casi, in sette il calcolo era perineale, in due scrotale, in uno, pel gran volume, occupava il perineo e lo scroto; ed in sei poi è detto che vi era fistola sul tumore. Tanto poi *Louis* come gli autori da lui citati, mostrano di non avere alcuna idea della vera condizione patologica del calcolo perineale e della presenza di una cisti che lo accolga, perchè non ci hanno prestato attenzione all' atto del taglio, nè hanno fatto alcuna indagine cadaverica, essendo tutti i loro infermi ed operati guariti. Sulla sede del calcolo, *Louis* ritiene che esso giaccia a nudo nel tessuto cellulare della regione ove si è primitivamente formato. A suo giudizio, dall' uretra aperta per taglio, screpolatura od ulcerazione, si fa un tenue sgocciolìo d'orina nella cellulosa del perineo, per mezzo del quale si depongono gli elementi chimici del calcolo. Nei casi di avvenuta cistotomia, sebbene l'ammalato sia stato apparentemente guarito per anni, senza offrire nel frattempo alcun sintomo di

malattia locale, nessuna lesione nell'uscita della orina, nessun tumore o rigonfiamento del perineo sotto la medesima; l'autore vuole che la sua guarigione fosse illusoria: che l'uretra non siasi mai cicatrizzata dopo il taglio, e che sotto la cicatrice cutanea sia rimasta una fistola cieca esterna, entro la quale sordamente, o clandestinamente, e sempre fuori degli organi dell'orina, siasi ordito il calcolo. Il quale accidente della fistola egli lo ripeteva dal metodo dell'operazione, ossia dal grande apparecchio, e dall'abitudine d'incidere l'uretra molto all'avanti sul bulbo: donde avveniva, che restringendosi la ferita esterna, si aboliva il parallelismo colla ferita interna: la quale in conseguenza restava aperta verso l'angolo anteriore, ed è alla presenza di questa prima apertura dell'uretra membranosa in prossimità del bulbo, che *Louis* attribuisce lo sgocciolìo inavvertito dell'orina e la tarda formazione del calcolo perineale.

Ma alla pubblicazione della Memoria del *Louis*, che per quanto superiormente dicemmo ebbe luogo dopo la metà del secolo passato, la maggior parte degli operatori aveano abbandonato il grande apparecchio, e facevano la cistotomia coll'apparecchio laterale o lateralizzato, col quale, come è noto, incidendo la parte prostatica dell'uretra insieme alla prostata ed all'orificio della vescica, il parallelismo delle due ferite, interna ed esterna, si mantiene sino al compimento della cicatrice: che anzi nella comune dei casi, la cicatrice si compie prima nel fondo della ferita che non all'esterno, e l'ammalato emette tutte le urine per la via naturale, quando al perineo è ancora aperta una piccola fistola che si rimargina più tardi. Ad onta di ciò, seguita a dire il *Porta*, l'osservazione dimostra che il calcolo perineale non si è fatto più raro al presente in seguito all'apparecchio laterale che non lo fosse in passato col grande apparecchio: e che tiene dietro anche alla odierna litotrizia senza soluzione di continuità delle pareti del canale. Il *Louis* però crede che ove l'uretra non è stata precedentemente

sdruscita dal taglio, una soluzione di continuità abbia pure avuto luogo nella medesima per screpolatura in seguito a violenza, ovvero anche spontaneamente per ritenzione d'orina ed ulcerazione delle pareti, cosicchè l'apertura spontanea o provocata dell'uretra, e l'infiltramento orinoso nel tessuto cellulare del perineo e dello scroto non mancano mai, essendo condizione, *sine qua non*, per la formazione del calcolo in discorso. Siccome poi l'infiltramento orinoso porta reazione viva e gangrena, l'autore avverte ciò verificarsi appena nelle effusioni larghe e rapide, e non nelle tenui e lente, in cui per la piccolezza dell'apertura non escono dal canale che alcune goccie d'orina ad ogni emissione, come appunto è il caso nel calcolo estra-orinario del perineo.

Niuno, aggiugne il *Porta*, saprebbe rivocare in dubbio, che essendo l'uretra forata per una causa qualunque con delle fistole al perineo ed allo scroto, sotto lo stillicidio giornaliero dell'orina si possano primitivamente formare dei calcoli entro le medesime. Però le fistole orinose dell'uretra sono assai frequenti: io ne ho visto, continua egli a dire, molte di tutte le maniere, semplici e composte, dirette e tortuose, nelle quali lo scroto ne era cribrato, e sotto l'emissione colava orina come da un inaffiatoio, e non ho mai visto formarsi calcoli entro queste fistole. Se la teoria di *Louis* fosse vera, in tanta frequenza della malattia noi dovremmo incontrare sovente una tale combinazione. Ma al momento dell'emissione, le orine scorrono i canali delle fistole senza arrestarsi, e come nel canale dell'uretra, se non avvi ostacolo o ritenzione non si formano primitivamente, così non si fanno concrezioni nei condotti fistolosi.

Ed il *Porta* per avvalorare sempre più la sua opinione si appoggia alla grave autorità del *Desault* il quale, avendo al certo una grande esperienza delle malattie delle vie orinarie, parlando delle fistole orinose del perineo, ne descrive tutti i casi e le complicazioni senza far cenno del calcolo;

circostanza che non gli sarebbe sfuggita, se occorresse di spesso nella pratica.

La serie pertanto delle osservazioni riferite dal *Porta* nella sua Memoria, le operazioni da esso lui fatte sui pazienti, e le sue indagini anatomiche, dimostrano, per quanto ei ne pensa, con tale evidenza l'errore di *Louis*, che si crede dispensato dall'obbligo di confutarlo.

Ma se la dottrina del *Louis* fu accolta con favore dagli scrittori di chirurgia, è però acconcio il ricordare che nullameno anche nei passati tempi il *Monteggia* non se ne mostrò del tutto persuaso, per cui nel paragrafo 389 del settimo volume delle sue Istituzioni chirurgiche, nello annunziare questa dottrina, mentre non la rigetta, pur tuttavia avvisa che le pietre fuori dell'uretra, *furono un tempo entro il canale, dove fermandosi lungamente* si fecero a poco a poco una nicchia, distendendo o forando da una parte e specialmente in basso il canale, fino ad essere o *sembrare* fuori dell'uretra.

D'altronde a lode del vero è d'uopo pur dire che mentre il *Porta*, appoggiandosi alle indagini da esso lui fatte, dà il maggior valore alla sua opinione, nondimeno dichiara che il tema non è per anco esaurito, abbisognando nuove osservazioni ed ulteriori ricerche per mettere in chiaro se realmente tutti i calcoli perineali sono saccati, se la disposizione anatomica della cisti che li circonda presentisi sempre tale quale egli l'ha dimostrata, costituita cioè: di un sacco semplice formato dall'uretra con una sola cavità interna sull'asse del canale; o se indubitamente vi abbiano ancora dei calcoli del perineo i quali siansi formati fuori dell'uretra, o giacciano a nudo sui tessuti limitrofi.

Tale è l'importanza di queste cognizioni per istabilire nel modo più ragionevole i mezzi maggiormente acconci a curare gl'infermi che soffrono per questi calcoli, che io perciò mi induco ad esporre quello che da me, e da altri chirurghi della scuola bolognese, venne osservato intorno i medesimi. E per prima cosa narrerò un fatto che appoggia l'opinione del *Porta*

e cioè, che il calcolo perineale trovasi nascosto in una cisti costituita dall'uretra allargata e convertita in una specie di cisti.

Eutimio Gentili, nativo di Fusignano, giunto che fu all'età di cinque anni, essendo tormentato da un calcolo vescicale, venne operato col mio processo di litotomia mediana dal valente Dott. *Busi* chirurgo primario a Bagnacavallo. Il calcolo aveva la forma ed il volume di una giuggiola; fu estratto intiero, ed il fanciullo in meno di trenta giornate si trovò perfettamente guarito. Per 15 o 16 mesi non ebbe più a patire dolore ed incomodo alcuno nello emettere le urine, ma in quel torno ricominciarono le sue sofferenze che tollerò a lungo pazientemente. Constatatasi però la presenza di un nuovo calcolo, dopo tre anni dalla prima operazione fu nuovamente sottoposto al taglio, ma il chirurgo che allora l'operò, non so per quale motivo, antepose al mediano eseguito dal *Busi*, il taglio entero-uretro-cistico che, come ben si sa, è comunemente detto retto-vescicale, col quale portò fuori dalla vescica un calcolo più grosso del primo, che nello estrarlo si ruppe in più pezzi. Non susseguirono all' operazione fenomeni temibili, soltanto notossi lo schifoso passaggio di materie fecali liquide dal retto intestino nell' uretra incisa nell' atto di evacuarle, che in lui rimase per essersi formata una fistola uretro-rettale. Passati alcuni altri mesi si affacciò all'apertura fistolosa un nuovo calcolo che si ruppe nell'estrarlo colla pinzetta, e dopo breve tempo tornarono in iscena penose molestie nello emettere le urine, e poi apparve una piccola tumidezza alla regione perineale che andò man mano crescendo, cui associaronsi continui tormentosi dolori in questa stessa località. Ma mentre per tanto patire l'infermo fu ridotto in uno stato estremo di consunzione, si vide cessare affatto il passaggio delle materie fecali dall' intestino nell' uretra fistolosa, gemendo soltanto dalla fistola quasi di continuo involontariamente a stille le urine.

Condotto questo ragazzo, che aveva già compiti i 13 anni, a Bologna, per sottoporlo alla mia cura, esaminato avendo io la località morbosa, trovai nel perineo una tumidezza, dolorosissima al tatto, del volume di un ovo di gallina, di consistenza lapidea, la di cui estremità acuminata giugneva fino verso l'angolo del pube, l'altra più grossa e tondeggiante sentivasi col dito addossata alla parete anteriore ed inferiore del retto intestino, e non solo occupava la prostata che era notabilmente assottigliata, ma penetrava fino in vescica. Alla distanza di un centimetro e mezzo dal margine dell'ano, nella parete anteriore del retto intestino, sentivasi un'apertura della grandezza di un centesimo di lira italiana, la quale apertura era costituita dalla rimasta fistola, entro cui insinuando l'estremità dell'indice rendevasi manifestamente palese una concrezione calcolosa. Introdotta una sciringa d'argento nell'uretra, appena giungevasi in prossimità dell'angolo del pube, udivasi, percuotendo, il suono proprio d'un calcolo, e così rendevasi facile il confermare che fino a quella regione estendevasi il calcolo stesso.

Riconosciuta la necessità di estrarlo onde tentare di salvare la vita all'infermo che, come dissi, era ridotto nella più deplorabile condizione, dopo averlo in antecedenza debitamente preparato, la mattina del 21 Maggio 1865 l'operai nella maniera seguente, assistito essendo dai valentissimi Colleghi Dott. *Federico Romei*, Dott. *Ferdinando Verardini* e Dott. *Ruggeri* Chirurgo Primario in Ancona.

Postolo su di una tavola in quell'atteggiamento che suolsi preferire nella cistotomia, feci una incisione nel perineo lungo il rafe, che cominciava dalla sommità del tumore, ossia in vicinanza della base dello scroto, e si estendeva verso il contorno dell'ano. Non volli prolungarlo fino alla fistola per evitare che questa apertura, sbarazzata che fosse dal calcolo che la chiudeva e resa libera ed ampia, rimanesse lordata dalle feci sciolte maggiormente ed in modo tale, da renderne tanto più difficile la chiusura od il rimpiccolimento,

che invece si sarebbe potuto vieppiù sperare in virtù del facile e spedito passaggio che le urine avrebbero pure trovato nel taglio perineale stesso.

Incisi pertanto i tessuti perineali, venne messa a nudo la cisti formata dell' uretra membranosa, e questa cisti fu incisa ampiamente, nel qual modo apparve il calcolo allo scoperto.

Allora siccome aveva cominciato il taglio perineale di contro l' angolo pubiano ove giugneva la porzione più acuminata del calcolo, e lo aveva estesamente prolungato in basso incidendo il tratto di uretra convertito in cisti, così, introdotto l' indice ed il medio della mia mano destra entro il retto intestino, potei colle medesime premere sull' estremità tondeggiante del calcolo che ivi assai bene sentivasi, in modo da obbligarne l' estremo acuminato opposto a presentarsi ed a fare sporgenza fra i labbri della ferita. Ma sebbene di tal guisa buona porzione di calcolo venisse spinta fuori, pur tuttavia, atteso il suo grosso volume, non essendomi riescito coll' aiuto di alcune dita dell' altra mano di snuclearlo del tutto, fu giuoco forza, essendo la porzione superstite fortemente stretta dalla cisti, il ricorrere onde estrarlo a robuste tanaglie da pietra articolate e simili a quelle che feci notare nella antecedente Memoria sulla litotomia mediana. Avendone quindi separatamente e profondamente insinuate le due branche fra il calcolo e la cisti uretrale che lo racchiudeva, me ne riescì facile la presa e l' estrazione, ed evitai così quelle pericolose e fatali successioni che altri ebbero a lamentare, forse perchè usarono di istrumenti men propri.

Portata fuori questa grossa pietra, mi accorsi che se ne era rotto un pezzo nell' estremo che sporgeva in vescica, ed allora introdotto subito il dito indice nella cisti, e spintolo liberamente innanzi, trovai l' apertura vescicale ampia in modo da potervi penetrare facilmente col dito stesso, e col medesimo giuntovi, e sentito quel grosso frammento, lo afferrai ed estrassi con delle pinzette da polipo. Allora esaminata

diligentemente col dito la cisti contenente il calcolo, potei senza dubbio alcuno confermarmi che era interamente costituita dall'uretra bulbosa, membranosa e prostatica ampiamente allargata, e che la cavità da essa formata, anteriormente continuavasi col canale dell'uretra, posteriormente coll'orificio della vescica che mantenevasi allargato. La prostata, mostrossi poi realmente così assottigliata da non poterla riconoscere con facilità che colla contemporanea esplorazione fatta tanto entro l'uretra quanto entro il retto intestino, nel qual modo pure si rese patente che quel calcolo rimaneva anche in essa innicchiato.

Il calcolo da me estratto aveva una figura un poco arcuata a convessità posteriore, era lungo otto centimetri, la sua circonferenza maggiore, misurata nel diametro trasversale e precisamente ove era più grosso, era di dieci centimetri, e pesava cinquanta grammi. Interessandomi poi moltissimo di conoscere gli elementi di cui si componeva questo calcolo, pregai il Ch. Prof. Cav. *Gaetano Sgarzi* a favorirmene l'analisi chimica, ed ecco la gentilissima lettera di risposta ch'ei si compiacque inviarmi.

Carissimo Collega

Il Calcolo perineale da voi estratto, e che è di notabile grandezza, nel frammento che ne ho avuto si mostra di color variegato di bianco, giallognolo, rossigno, bruno, e quale un aggregato di corpicciuoli, che sembrano l'uno dall'altro staccati. Vi ha della differenza nella massa, sicchè sonovi punti più stipati e serrati, intersecati da altri che sembrano porosi, senza però nessun legame fra essi. Anzi vi si osservano come delle isolette, quando affatto bianche, quando del tutto grigie, quando distintamente brune; le bianche sono cristallizzate, ed alla foggia di stalattiti e geodi; le altre granulose, e non egualmente agglomerate; tutti più o meno facili a staccarsi e

dividersi siccome la massa intera. Egli è piuttosto leggero questo pezzo di calcolo, e non tramanda odore di sorta.

Riscaldandolo sopra una lamina di platino annerisce, si gonfia, tramanda l'odore di corno bruciato, non s'infiamma, non dà segno di fondersi, non diminuisce che poco di volume, ed il color rosso si fa splendente rimanendo di un color bianco grigiastro. Cosicchè tostamente dimostra che contiene delle sostanze organiche e delle materie minerali; che molto più ve ne sono di queste, che di quelle; che le prime non sono di natura grassa nè fibrinosa, mentre le seconde si palesano per urati, fosfati, carbonati.

Sopra la stessa lamina trattata coll'acido nitrico fa effervescenza, si discioglie, e riscaldata a secco la soluzione, nell'esplorarla coll'ammoniaca, dà qualche indizio di arrossamento; ma piuttosto ingiallisce nella massima parte. Dal che le traccie d'acido urico, e di urati, a distinguere i quali, trattata porzione di calcolo colla potassa, avendo avuto sviluppo d'ammoniaca, e perchè in sulle prime il calcolo erasi dimostrato affatto infusibile, egli è a riconoscervi l'urato d'ammoniaca e l'urato di calce. In quanto poi al coloramento in giallo, è a dirsi con tutta probabilità portato dalla xantina; tanto più che il residuo stesso della evaporazione della soluzione nitrica si dimostra insolubile nel carbonato di potassa.

Nel riscaldamento forte su questa stessa lamina di platino. e più nella calcinazione d'altra porzione di calcolo, oltre l'odore notato di sostanza animale che brucia, si manifesta dello svolgimento d'ammoniaca; il residuo è solubile nell'acido cloridrico; tale soluzione saggiata col percloruro di ferro, indi coll'ammoniaca a saturazione, non presenta intorbidamento, il quale però apparisce mediante un eccesso d'acido acetico, che finisce per formarvi un deposito giallastro; tutto ciò indica l'esistenza di fosfati. E siccome l'ossalato d'ammoniaca versato dippoi nella stessa soluzione, dopo avervi tolto il detto deposito, somministra gl'indizi della calce; ed il fosfato

di soda, dopo tolto pure l'ossalato di calce, dà il segnale della magnesia mediante un nuovo deposito; così è dimostrato che questi fosfati sono d'ammoniaca, di calce, ed ammoniaco-magnesiaci.

La notabile effervescenza che questo calcolo presenta al trattamento cogli acidi nitrico ed idroclorico prima ancora della calcinazione; il precipitato bianco che nella soluzione vi apporta l'ammoniaca dopo di averla neutralizzata; e massime il comportarsi di esso al canello e, come fu sopra accennato, nella lamina di platino, non lasciano dubbia l'esistenza di carbonato di calce. A tal che in riassunto dall'esame analitico praticato e descritto, la composizione del calcolo è la seguente —

Acido Urico
Urato d'ammoniaca
„ di Calce
Xantina
Fosfato d'ammoniaca
„ di Calce
„ Ammoniaco-Magnesiaco
Carbonato di Calce

Dopo di che, grato alla confidenza che mi avete dimostrata, in attenzione di nuovi incontri simili, per me fortunatissimi, con tutta la compiacenza e la stima mi pregio confermarmi

Di Voi Chiarissimo Collega.

Li 16 Agosto 1865.

Aff.mo ed Obbl.mo
Gaetano Sgarzi.

Ora dirò che compita l'operazione nessun particolare fenomeno ebbe di poi a notarsi, se si eccettui (non essendo più la fistola rettale chiusa dal calcolo) il passaggio di feci sciolte dall'apertura fistolosa entro l'uretra, e da questa pel taglio perineale, e così pure la emissione delle urine e per

questo e per la fistola. Man mano però che il taglio restringevasi, rimpiccoliva pure la fistola rettale, quindi scemava la copia delle feci che penetravano nell'uretra, che finirono per non passarvi di sorta alcuna; e così pure man mano che le urine andavano prendendo il corso naturale non scaturivano più dalla fistola, della quale si sarebbe detto non si trovava più traccia. Per questo, sul finire di giugno, l'infermo fu mandato al proprio paese trovandosi allora ben nutrito ed in forze, ridotto essendo delle dimensioni naturali l'esteso tratto di uretra che aveva contenuto il calcolo, e prossima la completa cicatrizzazione della perineale ferita.

Ma mentre la esposta osservazione appoggia la opinione del *Porta*, e cioè che i calcoli perineali rimangono rinchiusi in una cisti formata a spese dell'uretra, convien dire per altro che io pure in alcuni individui ho veduto i calcoli perineali, come asseriva il *Louis*, essersi formati o trovarsi fuori dell'uretra istessa, e presentarsi anche a nudo ne' tessuti ad essa adiacenti.

Ricordo un uomo in avanzata età il quale trovavasi in condizioni molto temibili per fistole urinose multiple al perineo ed allo scroto; ricordo che in quest'uomo dei calcoletti renali del volume di semi di miglio in numero ben notevole, discesi che erano in vescica, nello emettere le urine, si insinuavano in tramiti fistolosi, ove qualche volta, se non erano estratti, soggiornavano alcuni giorni, finchè spinti innanzi dalle urine ne erano per lo più cacciati fuori; ma oltre a ciò ricordo due altri fatti i quali provano manifestamente che in realtà calcoli urinari possono svilupparsi nel perineo fuori dell'uretra senza essere nascosti in cisti di sorta, mantenendosi invece nudi e ricoperti soltanto dai tessuti in suppurazione. Credo quindi bene lo esporli.

Il Sig. Carmi, giovane ottimamente costituito, fu soggetto più volte a gravi uretriti che cagionarono un restringimento organico in prossimità del bulbo uretrale, il quale non debitamente curato per vari anni, finì col dar luogo alla

formazione di fistole urinarie allo scroto, al perineo, alle coscie, all'addome. Dopo parecchi anni di patimenti, si sottopose alla mia cura, e mediante la graduale dilatazione dell'uretra ottenni di guarirlo quasi compiutamente, giacchè mentre si ebbe la facile e spedita emissione delle urine dall'uretra, si cicatrizzarono le fistole, eccettuatane una la quale sotto la forma di angustissimo pertugio si apriva in vicinanza della tuberosità ischiatica destra.

Partito da Bologna per restituirsi al proprio paese, vi ritornò dopo due anni ed in condizioni molto spiacevoli, giacchè avendo omessa, al contrario di quanto eragli stato consigliato, la giornaliera e temporaria introduzione della candeletta nell'uretra, si era per questo rinnovato l'organico restringimento, il quale era anzi giunto a tal punto da indurre la formazione di altre fistole, dalle quali soltanto e non più dall' uretra esciva l'urina. Non essendo stato possibile di penetrare in allora per la via dell'uretra in vescica, ebbi ricorso all' uretrotomia esterna, colla quale diviso avendo l'ostacolo, indi col successivo uso delle sciringhe elastiche, si ristabilì completamente l'ampiezza del canale uretrale e guarirono le fistole, meno quella che, come dissi, anche colla cura antecedente era rimasta aperta in prossimità della tuberosità ischiatica destra. Tentatane infruttuosamente la chiusura mediante i caustici, mi decisi di aprirla, ma il suo tramite essendo tortuoso la divisi soltanto per la lunghezza di due centimetri circa, ed allora insinuata nella ferita l'estremità del mio dito indice onde esplorarla e ricercare il restante tramite fistoloso, mi fu dato sentire entro una piccola tana in mezzo a delle fungosità e verso la tuberosità ischiatica un calcolo che estrassi, e che mostrossi grosso come un faggiolo. Specillata quella tana, non mi riescì di trovare il restante tramite fistoloso, ed introdotta una sciringa nell'uretra mi confermai che quella tana stessa era lontana alcuni centimetri dall'uretra. Continuato avendo in appresso a passare la candeletta lungo l' uretra, quella fistola che non

mandava se non piccole stille di urina, e che per certo non avea potuto chiudersi in causa della presenza del calcolo in essa soffermato ed ingrandito, in pochi giorni cicatrizzò, ed ora, sebbene siano passati non pochi anni, l'operato perfettamente ristabilito, trovasi in uno stato di salute veramente fiorente, e non ha sofferto più alcun incomodo o male nell'apparato genito-urinario.

Nel giorno 17 Marzo dell'anno 1863, venne accolto in Clinica Chirurgica, Gardelli Luigi di Forlì, dell'età di 27 anni, Cantoniere, nel quale pure, in seguito di un organico restringimento dell'uretra a poca distanza del bulbo uretrale, eransi similmente formate delle fistole urinose allo scroto, al perineo, alle coscie, alle natiche. Per molti anni avendole trascurate, dal meato urinario non escirono più le urine, ma, come da un inaffiatoio, sgorgavano dalle fistole. Vari chirurghi avendo tentato inutilmente di guarirlo, e non essendo riesciti di ristabilire coi mezzi ordinari il corso delle urine per le vie naturali, mi decisi anche in questo uomo pella bottoniera, e così inciso l'ostacolo, mediante la permanente introduzione delle sciringhe elastiche, ottenni che le urine ripresero il corso dell'uretra e si chiusero le fistole, menò una in prossimità della tuberosità ischiatica destra. Più volte esplorata non potei precisare la direzione del tramite fistoloso; cauterizzata non mostrò mai tendenza a cicatrizzarsi. L'infermo era già deciso di ripatriare non dandogli la fistola molto incomodo e non emettendo dalla medesima se non se qualche volta delle goccioline d'urine, quando una mattina l'assistente di Clinica, sig. Dott. *Golinelli*, si accorse, che dall'apertura esterna della fistola sporgeva un calcoletto che raccolse, e che favorì di conservare e di consegnarmi. Questo piccolo calcolo era un poco oblungo, e rassomigliava un piccolo seme di zucca. Dopo pochi giorni anche questa fistola si chiuse, e l'infermo nello stato il più soddisfacente abbandonò lo Spedale.

Ma provato avendo con questi fatti che oltre i calcoli perineali saccati nell'uretra, se ne ponno nascondere altri nel perineo, in quella maniera che opinava il *Louis,* e cioè fuori dell'uretra, desidero ora di esporre varii altri modi coi quali, per osservazioni spettanti sempre ai chirurghi della scuola bolognese, si ponno trovare alcuni di quegli stessi calcoli perineali che sviluppansi od ingrandiscono entro l'uretra, lo studio dei quali può rendersi molto interessante pel particolare trattamento che può loro competere.

E per tenere un certo ordine esporrò dapprima un caso osservato dal Prof. *Matteo Venturoli.*

Correndo l'anno 1837 venne accolto nello Spedale Maggiore e posto nella sezione di quell'onorevolissimo Clinico, un giovane contadino il quale era stato operato nell'età di 11 anni da lui stesso di cistotomia perineale lateralizzata, e della quale era perfettamente guarito. Dopo due anni, in seguito a difficoltà nello emettere le urine, essendosi aperta la cicatrice perineale, si formò una fistola urinaria e si manifestò alla parte superiore dello scroto, dietro il testicolo destro, un tumoretto duro ed indolente che, abbandonato a sè, nel corso di 13 anni giunse al volume di un ovo di gallina. Volendo liberarsi di questo male, e desiderato avendo di sottoporsi nuovamente alla cura del lodato Professore, questi, dopo avere ampiamente inciso lo scroto sul tumore, trovò una cisti grossa e resistente, che pure incise, dopo di che potè estrarre dalla medesima un bel calcolo ovale, bianco, bilobato, con una solcatura nel mezzo che si inoltrava fino alla sede dell'uretra. Il dito introdotto entro la ferita penetrava in una cavità unica, circoscritta, di pareti liscie, dalla quale potevasi agevolmente penetrare nella vescica urinaria. Siccome poi dopo la operazione le urine continuarono ad escire esclusivamente dalla ferita a largo getto, così non solo per le fatte esplorazioni, ma bensì anche per questo sgorgo di urina dalla sola ferita si potè indubitatamente giudicare che la cisti era costituita dall'uretra. E diffatti, supposto che la

cisti ne fosse stata indipendente, od avesse comunicato soltanto mediante un piccolo spiraglio coll'uretra, allora le urine avrebbero continuato a percorrerla e ad escir dal meato urinario esterno della medesima, e tutto al più una piccola porzione soltanto di essa avrebbe presa la via della smagliatura uretrale. Per contrario le urine tardarono molto a riprendere il corso naturale, e non si ottenne la cicatrice se non se quando quella insaccatura era scomparsa, ed allorchè l'uretra internamente esplorata si fece conoscere delle dimensioni normali. Questo caso di calcolo perineo-scrotale si rende prezioso perchè, sebbene in antecedenza se ne conoscessero altri, nessuno però si era dato la premura di fare quelle indagini che potevano rendersi acconcie a stabilire con tutta esattezza, se quei calcoli erano realmente contenuti in una cisti, non già accidentale, ma formata a spese dell'uretra.

Qualche volta il calcolo perineale non fa prominenza nello scroto, come avvenne nel caso or ora descritto, ma invece preme e fa sporgenza sul retto intestino, e ciò notasi quando il calcolo si sviluppa in ispecial modo nell'uretra prostatica.

Il Prof. *Baroni* fece alcuni studi su questi calcoli, ed in una Memoria che venne letta alla nostra Accademia delle Scienze il giorno 17 Maggio 1838 (1), espose tre casi molto interessanti in cui i calcoli si erano sviluppati nell'uretra anzidetta; parlò della loro estrazione, e mostrò i vantaggi che in questi casi potevano sperarsi specialmente colla incisione bilaterale della prostata. E di vero, fatte conoscere le difficoltà che ponno incontrarsi nell'atto operatorio ed i danni che ne ponno susseguire, tànto usando del taglio lateralizzato che preferì nel primo caso, quanto del retto vescicale che adottò nel secondo, potè stabilire che secondo lui il metodo

(1) Rendiconto delle Sessioni dell'Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna 1837-38, e Novi Commentarii Academiae Scientiarum Instituti Bononiensis, Tom. VI. Bononiae 1843.

seguìto nell' ultimo, cioè la incisione bilaterale della prostata, era il migliore in somiglianti circostanze, usando però alcune avvertenze e modificazioni nell' eseguimento del processo operatorio, che egli ritenne indispensabili al felice esito del medesimo.

A quest'ultima operazione fu assoggettato un Signore di Viterbo, fra i 50 ed i 60 anni, e che fino dall'estate del 1833 pativa fortemente dei sintomi di pietra. La esplorazione più volte ed in diverso modo tentata, aveva di già fatto certo l'operatore, non solo della presenza della pietra, ma ancora della sua posizione immobile nella porzione d'uretra abbracciata dalla prostata, dalla quale estendevasi fino entro la vescica, per cui si poteva essere certi che notabile era il volume del calcolo.

Ecco come il *Baroni* descrive questa sua operazione. L'indomani del mio arrivo a Viterbo (1 Marzo 1837), dopo avere fatto praticare un clistere all'infermo onde vuotare l'intestino retto, introdussi lo sciringone in vescica strisciando la pietra. Fissato poscia in adattata posizione l'infermo stesso, avendo dato a tenere lo sciringone ad un assistente, feci una incisione che dal margine anteriore dell'ano, seguendo la linea del rafe, si estendeva allo avanti per circa un pollice e mezzo: e con un secondo e un terzo tratto di bistorino arrivai a scoprire l'uretra membranosa, ove insinuai lo stesso strumento di lama stretta e convessa nel taglio. Indi afferrai lo sciringone colla mano sinistra, lo alzai contro il pube e ne inclinai il manico a destra a modo che la scannellatura volgesse a sinistra, e su questo spinsi il bistorino che tagliò nell'entrare la prostata obbliquamente da questo lato, ampliando il taglio nel ritirare lo strumento. Volto lo sciringone dalla parte opposta, ivi pure feci il taglio della prostata al modo stesso. Introdotto allora l'indice della mano sinistra lungo la pietra, mi servì questo a condurre con sicurezza uno dei rami della tanaglia che poteva dall'altro dividersi

essendo con questo articolato a guisa del forcipe di *Brüningausen*. Introdotto ugualmente colla scorta del dito l' altro ramo, e congiunti insieme, non fu difficile il ritenere fra le morse la pietra e portarla fuori. Dalla ispezione della pietra che presentava una fossetta levigata, mentre in tutto il resto della sua superficie era scabra, vennemi il sospetto che altra pietra esistesse, ciò che verificossi introducendo in vescica il dito, sul quale fatta scorrere una tanaglia ordinaria ed afferrato l'altro corpo fu estratto, e si vide essere una pietra più lunga e più stretta di quella che occupava la prostata.

L'infermo non ebbe a soffrire molto nel travaglio dell'operazione, e debitamente assistito in seguito dal suo medico e chirurgo, in breve si ristabilì interamente non rimanendo in lui incontinenza d'urina, come spessissimo accade dopo la estrazione della pietra fissa alla prostata, ancorchè sia di una dimensione minore di quella di cui qui si parla. Delle due pietre estratte, quella esistente nell' uretra aveva la forma di un paralellopipedo, il diametro maggiore del quale, collocato trasversalmente, era di 22 linee del piede parigino, il minore di quindici, la grossezza di 19 linee. L'altra pietra collocata in vescica ed a contatto colla prima, era di forma allungata, cosicchè il più lungo diametro misurava 28 linee, ed il medio 17; sì l'una che l'altra si mostrarono friabilissime.

Io non debbo per altro omettere di qui rammentare che, mentre non escludo il taglio interno bilaterale o multiplo quando si tratta di estrarre grosse pietre formatesi nella vescica urinaria o nascoste entro l'uretra prostatica, come feci conoscere e notai nella mia Memoria sulla litotomia, nondimeno non poche volte, quantunque abbia dovuto estrarre delle pietre voluminose, ci sono riescito prevalendomi del semplice mio processo mediano, avvertendo però che atteso l'incuneamento della pietra, che quasi sempre in questi casi si osserva, per estrarla non ho poi trålasciato di prevalermi delle

mie tanaglie articolate a guisa del forcipe (1), colle quali ho potuto io pure agevolmente e separatamente insinuare le branche ai lati del calcolo, afferrarlo, e con dolci movimenti semi-circolari praticarne la estrazione, la quale d'altronde è riescita tanto più facile quanto il calcolo si insinuava ancora nell'uretra membranosa, giacchè in allora quasi sempre l'orlo anteriore prostatico trovavasi così allargato, da non opporre forte ostacolo alla escita del calcolo stesso.

I calcoli prostatici da me estratti hanno presentata quasi tutti una figura alquanto arcuata, ed erano un poco più sporgenti verso la parete posteriore dell'uretra. Alcuni avevano un solco anteriormente pel passaggio delle urine lungo l'uretra, ed uno di essi con un piccolo cornetto penetrava nell'uretra membranosa. Quando poi il calcolo occupava anche la vescica, in allora in un caso in cui la pietra non solo era innicchiata nella prostata, ma ben anco nel triangolo del *Lieutaud*, il solco che in essa notavasi e che serviva allo sgorgo delle urine, costituiva un semicanale piuttosto ampio, ma trovavasi nella faccia posteriore, e vedevasi questo di particolare e cioè, che in corrispondenza dello sbocco dei due ureteri nella parete posteriore del calcolo trovavansi due canaletti profondi alcuni millimetri, entro i quali pare che alcune goccioline di urina penetrassero man mano che dagli ureteri entravano in vescica. In un fanciullo invece trovai due calcoli accostati strettamente l'uno all'altro, il primo dei quali innicchiato entro la prostata, l'altro nascosto nel triangolo vescicale, e quest'ultimo calcolo presentava due cornetti che corrispondevano allo sbocco degli ureteri. E finalmente in un ragazzetto estrassi un calcolo in parte prostatico in parte vescicale che, ove era abbracciato dall' orifizio vescicale, mostravasi così strozzato da rappresentare un zucchettino

(1) Memoria citata.

bilobato, di cui il lobo maggiore era nella vescica, il minore nell' uretra prostatica (1).

Oltre questi calcoli prostato-vescicali che io conservo (2), ne ho veduti altri non meno interessanti dei quali mi riservo di parlare fra poco. Intanto farò conoscere che mentre i calcoli multipli uretrali o prostatici si sono trovati da vari chirurghi agglomerati insieme, in un infermo operato dal Dott. *Romei*, in cui due se ne rinvennero, la sede dei medesimi era ben diversa, e ciò richiese particolari avvertenze nell' atto operatorio.

Fu accolto nella Clinica Chirurgica di questa R. Università il 2 del Febbraio (1865) Minozzi Pietro, di circa 70 anni, per esservi curato d' iscuria vescicale. Quest' uomo ad onta della sua avanzata età conservavasi abbastanza robusto, e riferiva che da oltre 20 anni era sofferente di gravi molestie nello emettere le urine, e che da tre giorni l' emissione delle medesime erasi affatto soppressa, niun mezzo chirurgico essendo valso ad ottenerla. Esplorato e palpato l' addome si riscontrava nella regione ipogastrica un enorme tumore costituito dalla vescica piena di urina; ed a tali patimenti era in preda l' infermo da richiedere pronti e validi provvedimenti. Ritentata la introduzione di un catetere metallico onde esplorare lo stato dell' uretra ed evacuare, se era possibile, le molte urine raccolte in vescica, giunto il becco della sciringa un poco al di là del bulbo dell' uretra, ivi si arrestava e faceva sentire tale suono da far credere alla presenza di un calcolo. Esplorato il perineo in corrispondenza a quella regione, pareva ivi vi fosse una piccola durezza, mentre più in basso sarebbesi detto esservi fluttuazione. Il

(1) Un calcolo simile ho trovato di recente in un ragazzo operato allo Spedale Maggiore.

(2) Questi calcoli in un con molti altri da me posseduti verranno quanto prima da me pure regalati al Museo d' Anatomia Patologica di questa Università.

dito poi introdotto nel retto intestino rendeva manifesto che il volume della prostata era aumentato, e facevasi sentire molto consistente. Pertanto il *Romei*, che in allora in Clinica mi rappresentava, si decise di eseguire la incisione del perineo onde scuoprire l'uretra in vicinanza al suo bulbo, togliere quel corpo che la chiudeva, e che pareva indubitatamente un calcolo, e penetrare di poi con una sciringa, se fosse occorso, in vescica onde liberarla dalle urine in tanta copia in essa accumulate.

Posto quindi l'infermo su di un letto, come si pratica per l'operazione della pietra, mentre un assistente manteneva fissa la sciringa contro il punto in cui corrispondeva quel duro corpo il Dott. *Romei* incise con un bisturino il perineo lungo il rafe. Dopo di che col dito indice della mano sinistra avendo sentita la estremità della sciringa ove era ricoperta dall'uretra, penetrò in questa colla punta del bisturino e spingendone la punta istessa innanzi, mise allora allo scoperto il calcolo ed entrò nell'uretra membranosa la quale era distesa da urina che immediatamente sgorgò. Estratto quel calcolo, invitò l'infermo a far premiti onde si vuotasse la vescica, ma così non ne escì neppure una stilla, per cui portato subito il dito indice nella incisa ed allargata uretra membranosa affine di conoscere quale ostacolo vi si opponeva, giùnto alla prostata si accorse che entro la medesima racchiudevasi un altro, e molto più grosso calcolo. Allora volendo aprirsi una libera via per estrarnelo, con un bisturino bottonato introdotto a piatto fra il calcolo e l'uretra prostatica, incise obliquamente tanto a sinistra quanto a destra l'uretra e la prostata, ed in tal modo potè afferrare con robuste pinzette il calcolo stesso e portarlo fuori. Escirono immediatamente le urine in grande copia, e di poi la vescica del tutto vuotossi. Il trattamento successivo alla operazione fu l'ordinario, la piaga, come in questi casi suole accadere, stentò a rimarginarsi e per questo richiese l'uso ripetuto dei caustici. Dopo cinque mesi dall'eseguita operazione

il Dottor *Romei*, riveduto avendo l'infermo, potè constatare che i risultamenti dell'operazione erano perfetti.

Esaminati i due calcoli, si notava che l'anteriore, il quale era il più piccolo, del volume cioè di un grosso seme di frumentone, era scannellato, e per quella scannellatura per lungo tempo ebber passaggio le urine; il secondo aveva la forma di un cuore, come la prostata, ed era della grossezza di una piccola noce. Ambidue mostravansi scabri in tutta la loro superficie, duri, di colore rossiccio, e costituiti per la massima parte di acido urico.

Al calcolo uretro-prostatico può associarsi il calcolo vescicale. Oltre il caso che io osservai nel Maggio 1865 e di cui riferii superiormente la storia, ne descrissi pure un altro interessantissimo nella mia antecedente Memoria sulla litotomia mediana, e che qui torna opportuno sia brevemente rammentato.

Notai diffatti che un certo Angelo Famiglia fino dalla nascita cominciò a soffrire nella emissione delle urine. Presentatasi l'iscuria, dopo gravi tormenti, ebbe un poco di tregua perchè, formatasi una apertura retto-vescicale, per questa escirono le urine. Non molto dopo però tornarono ad infierire i di lui patimenti, e pur troppo non essendo stato soccorso mai in modo opportuno, di per sè e senza aiuto espulse un grosso calcolo dal perineo ove erasi spontaneamente formata un'ampia apertura.

Sembrava quindi che i tormenti di quel disgraziato fossero per terminare, ma non fu così: i medesimi invece continuarono a mantenersi gagliardi. Fatti allora, come dissi, da me convenienti esami, potei notare che la spontanea ulcerazione formatasi nel retto intestino si manteneva aperta, e da essa gocciolavano continuamente le urine, e che quella la quale erasi pure spontaneamente formata al perineo, mostravasi longitudinale, incominciava verso la sommità dello scroto, e lungo il rafe si dirigeva fino al corrispondente margine dell'ano, tramandando buona marcia, ed avendo i suoi bordi

regolari. Introdotto il mio dito indice nella piaga, mi accorsi che col medesimo si entrava in una larga apertura esistente nell'uretra membranosa e da questa si penetrava nell'uretra prostatica, che in un colla prostata era pure notabilmente allargata per essere stata la sede principale del calcolo che era già stato spontaneamente espulso: Spinto diligentemente il mio dito in vescica, sentii un altro grosso calcolo in essa esistente, da cui rimaneva strettamente abbracciato. Per questo motivo, onde tentare di estrarlo, mi prevalsi della solita mia tanaglia articolata a guisa del forcipe, di cui potei, dopo avere debitamente collocato l'infermo, con molta facilità insinuare per la via dell'uretra prostatica e dell'apertura vescicale, che conservavansi molto ampie, separatamente fra la vescica ed il calcolo le corrispondenti branche, insieme articolarle, e così portare fuori dalla vescica con leggieri movimenti semicircolari quella pietra assai grossa.

Fra i varii esempi poi che si conoscono di calcoli espulsi dal perineo, mi interessa si sappia che il nostro *Molinelli* da oltre 120 anni comunicò all'Istituto di Scienze una osservazione interessantissima di tal genere che in questi termini ci venne trasmessa (1).

Petrus Paullus Molinellus anno millesimo septingentesimo vicesimo primo cum alia ad alias disciplinas spectantia in Academia proposuit, tum hoc etiam narravit, quod ad morbos pertinet, et inter mira reponi potest. Homini septuagenario post multas ex iis difficultatibus, quae solent calculosos exercere, naturaliter, nulloque praecedente abscessu, perinaeum apertum est, atque inde extillare urina accepit. Erant autem aperti oris margines, coloris ad album vergentis, et scabri. Hiatus is postea se se in dies magis dilatavit. Die quodam dum aeger urinam totis viribus emittere contenderet, accidit, ut lapis per eum quem dixi, hiatum exierit figurae

(1) De Bononiensi scientiarum et artium Instituti atque Academia commentarii. Bononiae Tom. I. MDCCXLVIII p. 151.

falcatae, in longitudinem duas uncias se extendens, unam in latitudinem; ponderis vero duarum unciarum cum dimidia Nihil post puris inde manavit, sed materia tantum gypsi in aqua soluta persimilis. Post haec vixit senex ad annos aliquod cum fistula. Hac reapparet, quanto sit lenior morborum curatrix natura quam ars; haec enim nisi cum tormentis, et cruciatibus lapidem e vescica non extrahit, quem natura in eo, quem diximus, homine probe expulit sine dolore. Cum haec Molinellus Academiam admonuisset, figuram etiam protulit, quae eiectum e vescica lapidem pulcre reppraesentaret.

Il modo pur anco con cui il calcolo prostatico può associarsi al vescicale, come feci del pari notare nell'antecedente memoria, è stato da me trovato molto diverso da quello superiormente descritto. Ricorderò quindi che nello Spedale provinciale e Ricovero operai col mio processo di litotomia mediana un ragazzetto di 14 anni nel quale, dopo avere estratto un calcolo piuttosto grosso sviluppatosi nella prostata, conobbi tosto che un altro grosso calcolo trovavasi in vescica, ma saccato nella di lei parete anteriore. Ricorderò, che vani essendo riesciti molti tentativi onde estrarlo, piuttosto che imitare in questo caso il *Leroy d' Etiolles* ed eseguire il taglio ipogastrico come egli fece in caso analogo, una favorevole circostanza mi suggerì di esperimentare prima un tentativo assai semplice, e per nulla pericoloso. Ed in vero, l' esplorazione fatta in vescica col dito avendomi reso certo che una porzione del calcolo, lunga più di un centimetro, non era abbracciata dalla cisti formata da un diverticolo della vescica, ma sporgeva invece a nudo entro la cavità della vescica istessa, avendo io veduto più volte che afferrando un calcolo con delle tanaglie da pietra per un certo tratto in una sua estremità, e premendo a gradi con quelle su d' esso si scrosta spessissimo e si rompe in più pezzi non solo la porzione compressa ma ben di frequente l' intero calcolo, sperai quindi che facendo altrettanto su quella porzione che sporgeva in vescica, l' intero calcolo si spezzasse in modo da poterlo con facilità, mediante il dito

e la cucchiaia, completamente snucleare, ed estrarre dalla cisti. Afferrato diffatti colle tanaglie quel pezzo di calcolo che trovavasi a nudo in vescica, e gradatamente con queste comprimendolo, l' intiero calcolo in gran parte scrostossi e si ruppe, cadendone una buona porzione nella cavità della vescica da cui venne sbarazzata; gli altri pezzi che rimanevano ancora entro la cisti furono pure estratti dopo averli snucleati col dito, il che riescì assai facile potendo l' estremità del mio dito indice agire su di essi con qualche libertà in causa di trovarsi la cisti in vicinanza del collo della vescica urinaria, e non incontrando il dito stesso ostacolo alcuno a penetrare addentro nella medesima per essere la vescica non molto alta attesa l' età dell' individuo, e per mostrarsi il medesimo molto scarno.

Finalmente dirò che in un cadavere da me ispezionato in cui esisteva un calcolo prostato-vescicale, ho potuto osservare che il calcolo stesso, il quale era di volume enorme, mentre occupava la prostata, ampliata ed assottigliata in modo da non poterne più distinguere l'anatomica struttura, si approfondava pure entro la vescica dal suo lato destro, la quale ivi formavagli una cisti che lo nascondeva e serrava in guisa, da non concedere di estrarlo colle tanaglie senza indurvi incorreggibili lesioni. In questo individuo le urine erano raccolte nell'altra metà della vescica, ove vedevasi una profonda ulcerazione verso l' alto fondo, e in corrispondenza della quale apertura non rimaneva intatto che il peritoneo. Le urine, che mentre l'infermo era in vita escivano dalla metà sinistra di vescica, filtravano lungo una solcatura esistente nella porzione di calcolo racchiusa nella prostata, il quale solco era nella faccia anteriore del calcolo stesso. Anche questo pezzo patologico fu da me regalato al Museo di Anatomia Patologica di questa Università.

A compimento di quanto è stato osservato di singolare dai chirurghi della scuola bolognese intorno questo argomento, e che è a mia cognizione, ricorderò ora la storia

relativa ad un calcolo uretro-prostato-vescicale che venne pubblicata nell'anno 1853 dall'illustre Prof. *Malagodi* (1).

Sui primi di aprile dell'anno 1852 venne a consultarmi (così egli scrive) per malattia delle vie urinarie, un montagnuolo di Frontone (Cogli), per nome Angelo Paravento, di 29 anni.

Era questi di piccola statura, mal si reggeva in piedi, camminava a corti passi e molto incurvato in avanti, non poteva sedere che per una delle natiche, era assai poco nutrito, e la sua fisionomia cachettica e di una tinta giallognola era l'espressione dell'uomo oppresso da lungo, intenso e non interrotto soffrire.

Quando mi feci ad interrogarlo sull'origine, progressi e sintomi della malattia, mi disse primieramente di non aver memoria del principio de' suoi patimenti. Però dietro quanto sapeva per tradizione dai suoi genitori, potè raccontare che essendo nelle fascie ammalò di ulcerazioni alle labbra, alla bocca ed alle fauci, dal che, reso impedito al poppare, venne alimentato per lungo tempo con solo vino, somministratogli dalla madre per mezzo di un'ampolla a becco. Intanto il latte retrocesse dalle mammelle materne, quindi fu protratto l'uso del vino in unione a grossolane sostanze alimentari assai poco confacenti all' età sua. Inoltre riferiva di avere sempre sentito dire che dalla nascita in poi erasi vieppiù contorto e lamentato ogni qualvolta emetteva le urine.

Giunto all'età della ragione, ricordava i frequenti premiti, lo stento, e i dolori sofferti nell'orinare fino ai dodici anni, allorchè, diventati meno intensi i sintomi del male, questo, fors'anche per abitudine, si rese compatibile con alcuni lavori campestri a cui si vide astretto dal bisogno, affine di campare la vita sempre laboriosa, ma però stentata e dolorosa. Negli ultimi due anni poi le cose peggiorarono d'assai.

(1) Sulla combinazione della cistotomia colla litotripsia per l'estrazione dei calcoli enormi della vescica orinaria. Memoria del dott. *Luigi Malagodi*. Fano 1853.

Ai maggiori dolori si unì un continuo e involontario stillicidio di urine che, per non disperderle, obbligarono l'infermo a portare a permanenza un vaso adattato, e legato ad una delle coscie: le urine, che a goccia a goccia si raccoglievano nel vaso, erano torbide, depositavano una materia puriforme, ed esalavano un forte odore ammoniacale: ogni movimento della persona, ogni scossa, suscitavano dolori e punture all'ipogastro, al perineo, alla verga, al glande: l'appetito era diminuito, le digestioni erano moleste: non di rado comparivano accessi di febbre, e passava i giorni o in letto, o seduto di fianco, in continua lotta fra la miseria e la pena di una malattia, triste compagna di tutta la sua vita. Per di più andava soggetto a frequenti orchiti ora all'uno, ora all'altro dei testicoli, che più d'una volta percorsero lo stadio della suppurazione,

Dagli anamnestici sinora esposti si aveva già molto per fondare il sospetto dell'esistenza della pietra in vescica, e più, di pietra assai grossa. Diffatti allorchè nel giorno appresso ebbi ricorso al segno patognomonico della litiasi vescicale, onde averne certezza, non fui giunto col catetere alla parte membranosa dell'uretra, che già in questo punto del canale ebbi la sensazione manifesta della presenza del corpo estraneo.

Procurai d'insinuare il becco dello strumento tenendomi rasente l'arco del pube, ma ben di poco potei inoltrarlo: presi la via opposta, e cioè all'imbasso, ove percorsi uno spazio maggiore di poche linee, strisciando lungo la pietra; nondimeno era assai lontano dal poter penetrare in vescica.

Vedendo che un siffatto modo di esplorazione non mi tornava sufficiente ad un preciso diagnostico, avvegnachè se io aveva avuto sicurezza del punto in cui cominciava a sentirsi il calcolo, rimanevami d'altronde nell'incertezza di quanto esso si prolungava lungo la regione prostatica e per entro alla vescica, ricorsi alla esplorazione digitale per la via dell'intestino retto. Ed allorchè coll'indice ebbi oltrepassato lo

sfintere interno dell' ano, sentii il corpo estraneo così vicino all'arco del pube, e così poco coperto di tessuti molli, che, fatta detrazione della grossezza delle pareti dell' intestino, era del tutto perduta ogni percezione di tessuto prostatico. Per progredire con metodo nella esplorazione, inclinai primieramente il dito alle parti laterali tanto a destra che a sinistra e n'ebbi per risultato che il calcolo si estendeva in latitudine al di là dei margini interni delle branche ascendenti dell' ischio e discendenti del pube; per il che non si rendeva possibile il determinare i suoi laterali confini. Allora spinsi il dito in alto per tutta la sua lunghezza, e il corpo estraneo continuava ancora fino a poterne avvertire un solco trasversale, al di là del quale sentivasi altra protuberanza che sembrò meno dura, o piuttosto più coperta di parti molli: ma che per non potere salire più in alto colla estremità dell' indice, non ne fu dato precisare se quel solco marcava il termine della pietra, se questa continuava al di là del solco, se quella durezza superiore al solco era una seconda pietra entro la vescica o qualche parte indurita della vescica stessa.

Ad assumere ulteriori criteri su questo fatto che, per le cose finora enunciate, era al certo non comune, feci entrare questo calcoloso nel nostro Spedale di S. Croce, ove, cominciando da una cura preparatoria, lo sottoposi all' uso giornaliero di bagni generali, a frequenti clisteri, a decozioni di china, e ad un vitto adattato alle sue forze digerenti; cose che mi sembrarono richieste dalle condizioni generali e locali dell' infermo, e di già accennate. In progresso, ripetendo le esplorazioni quasi ogni giorno, e valendomi principalmente delle iniezioni di acqua tiepida, pervenni a poco a poco a far giungere la sciringa fino ad abbracciare colla concavità della sua curva la faccia convessa della pietra, che si riferiva all' intestino retto.

Allorchè la sciringa era portata al posto indicato, io ebbi a notare le seguenti particolarità. 1.° L' estremità esterna dello strumento non poteva molto abbassarsi fra le coscie del

malato, facendone impedimento il notato solco trasversale sentito dalla parte del retto intestino, oltre il quale non saliva l'estremità interna della sciringa. 2.° La stessa estremità della sciringa non teneva la direzione della linea media dell'asse del corpo, ma inclinava sensibilmente a sinistra, in conseguenza del condursi e tenersi fermo il becco interno a destra. 3.° Non esciva mai urina dalla sciringa, e la stessa poca quantità di fluido iniettato che non rifluiva fra la sciringa e l'uretra all'atto dell'iniezione, scolava piuttosto a goccia a goccia dopo estratta la sciringa, di quello che escire per essa durante la sua permanenza al posto indicato. 4.° Per la via dell'intestino retto si seguitava col dito la sciringa coperta di teneri strati di parti molli, egualmente uniformi per tutta l'estensione esplorata fino al punto ove riscontravasi il solco trasversale, nel quale s' impegnava il becco della sciringa a destra senza poter andare più avanti. 5.° Tenuta a questo punto la sciringa, e tirata idealmente una linea perpendicolare dall' interno del pube, ove approssimativamente doveva corrispondere l'orlo anteriore della prostata, misurando l' estensione che aveva la sciringa, dal punto della linea ideale all' estremità esterna dello strumento, e ripetendo questa misura sulla sciringa dopo averla estratta, si notava nel resto della sciringa stessa, riferibile alla parte curva, la misura approssimativa della lunghezza del corpo estraneo dal principio della prostata fino al solco, la quale denotava non essere minore di tre pollici.

Dalla esplorazione soprapubica non si potè ricavare verun lume diagnostico, perchè la costante contrazione spasmodica dei muscoli retti, anche sotto l'azione del bagno generale, e il dolore sensibile a questa regione, rendevano intollerabile qualunque pressione, anche la più moderata.

Dietro siffatte indagini non poteva rimaner dubbio che si trattasse di pietra di grossezza enorme occupante, di certo, porzione dell'uretra membranosa, e l' uretra prostatica; la

quale ultima porzione di canale uretrale erasi resa evidentemente assai ampia a spese della sostanza della prostata, da convertirsi come in un sacco a sottili pareti tutto occupato dal calcolo. Ciò che non rimaneva abbastanza dimostrato era qual parte precisamente si avesse la vescica urinaria in questo caso: e cioè se la vescica era estranea alla malattia, se la maggior parte del calcolo stava entro la vescica, ove formatosi primitivamente si fosse prolungato nella sede prostatica e nell'uretra membranosa, o se all'opposto il calcolo si fosse primitivamente formato nella prostata, e poscia prolungatosi tanto verso l'esterno nell' uretra membranosa, quanto verso l'interno nella vescica.

Il dolore però che soffriva l' infermo al pube, la cattiva qualità delle urine, l'enuresi, e la durezza che per la parte del retto sentivasi al di là del solco trasversale più volte accennato, e che con molta probabilità segnava il termine della regione prostatica, e la sua congiunzione coll' orifizio della vescica, erano tutti segni che alludevano a qualche compromessa di questo viscere, o come parte principale, o come accessoria; in ogni modo si avea tanto più a temere che il volume supposto della pietra venisse maggiormente aumentato da quella porzione che poteva essere in vescica, ove il catetere non aveva mai potuto penetrare, oppure che altro o più calcoli fossero dentro alla vescica stessa, sebbene disgiunti dal prostatico.

In onta adunque alle più minute, prolungate e ripetute indagini, continua a dire il *Malagodi*, che io seppi usare, bisogna pur dire che il diagnostico di questa malattia non mi era tornato esattissimo: nondimeno nella considerazione che quanto rimaneva dubbio non influiva gran fatto sulla specialità del metodo operativo che io andava volgendo in mente, non rinunciai all'impresa, nella fiducia che se con speciali compensi adattati alla eccezionalità del caso non ne avessi potuto trionfare, almeno avrei tentato ragionevolmente di porre quest'uomo, ormai perduto, sulla via di una possibile guarigione.

Il *Malagodi* pertanto, passati avendo in rassegna i metodi operatori fino allora conosciuti per la estrazione dei grossi calcoli, non avendo egli rinvenuto nulla di soddisfacente, ricorse per la prima volta in Italia al metodo misto costituito dalla cistotomia combinata alla litotripsia, col sistema di percussione, proprio di quest' ultima operazione. Al quale effetto avendo egli fatto costruire un particolare frangipietra a percussione, e che trovasi descritto nella Memoria da lui pubblicata, nel giorno 2 Maggio 1852 eseguì la operazione nella maniera seguente.

Fece collocare e fermare l' infermo nella posizione solita per la cistotomia perineale, introdusse lo siringone internandolo al di sotto dell'arco del pube, ma tenendo la faccia posteriore del calcolo fra questo e la parte relativa all'intestino retto. Il dott. *Santopadre*, che gentilmente prese parte all'operazione come assistente, teneva colla sua mano destra lo sciringone a perpendicolo sulla linea mediana del corpo dell'operando, e rendeva libero e teso lo spazio perineale, tenendo sollevato lo scroto colla sinistra. Il *Malagodi* eseguì l' incisione esterna con un coltellino a lama convessa, tagliando i tegumenti trasversalmente al rafe, tenendosi distante otto o dieci linee circa dal margine dell'ano, e in direzione curva a concavità posteriore, poi divise successivamente, secondo la medesima direzione, li sottoposti strati cellulosi, muscolari ed aponeurotici tanto superficiali, che profondi, sino a denudare l'uretra nella sua parte membranosa; il tutto in senso obbliquo dalla pelle alla sinfisi del pube, a fine di evitare la lesione dell' intestino retto, e precisamente secondo i dettami del *Dupuytren* pel taglio bilaterale. Voltato il coltello col tagliente a perpendicolo, ne infisse la punta, guidata dall' indice entro la scannellatura dello sciringone, e l'innoltrò per quel tratto che gli fu sufficiente a sentire bene a nudo lo sciringone col polpastrello dell' indice, e che potè calcolare di cinque o sei linee. Allora fece inclinare l'estremità esterna dello sciringone a sinistra, e con un coltellino retto di lama

stretta e smussata alla cima, eseguì un taglio laterale a destra dell'estensione di circa tre linee, e lo ripetè al lato opposto, il che lo rese a portata d'introdurre per questa apertura l'apice del dito, e seguire lo sciringone fin dove il calcolo ingrossava di mole. Estratto lo sciringone, senza abbandonare il posto preso coll'indice, impugnò colla destra una tanaglia tagliente e ne portò le branche ai lati dell'apice del calcolo protuberante nell' uretra membranosa, e sicuro di avere fatto buona presa, estrasse il dito dalla ferita per avere l'aiuto d'ambe le mani onde far forza sulla tanaglia; così egli riescì benissimo di smozzicare questa parte di calcolo, tanto che ripetè una presa più profondamente, ed altra ancora, onde sbarazzare tutto quel tratto di uretra membranosa che occupava l'arcata del pube.

Fatto questo, il cav. *Malagodi* afferrò il calcolo col suo frangipietra (1) che marcò ottanta millimetri. Con undici colpi di martello la pietra fu infranta, ed allora essendo quasi chiuso lo strumento lo estrasse coi frammenti che erano fra le sue morse, e continuò l'estrazione degli altri colle comuni tanaglie, ricorrendo di frequente anche alle iniezioni, finchè l'esplorazione col dito l'accertò che i frammenti liberi entro a quel sacco erano tutti stati estratti. A tal punto però sull'alto della cavità gli venne fatto di sentire un grosso pezzo di calcolo che rimaneva fisso al suo posto, e che gli diede l'idea di un frammento di calcolo saccato. E sebbene il dito pervenisse a stento a quel punto, pure cercò di snuclearlo; ma intanto che si occupava di questa parte della operazione che prevedeva imbarazzante, il pezzo di calcolo sfuggì davanti il suo dito, e cadde in una cavità superiore, lasciando un'apertura che potè calcolare del diametro di un pollice. Non arrivando il dito se non poco più in là dall'osculo di questa seconda cavità ricorse al conduttore bottone, il quale senza dubbio lo accertò che là era il pezzo di calcolo, e la

(1) Vedi la succitata Memoria ove è delineato in una tavola.

diversità dei tessuti (rugoso e scabro quello del sacco inferiore, levigato e sofice quello della cavità superiore) lo pose al chiaro che quest'ultima era la vescica, e che il cavo in cui aveva infranto la maggior parte del calcolo era un sacco formato tutto dalla prostata. Un paio di lunghe tanaglie guidate dal conduttore bottone gli servirono alla estrazione intera del pezzo di calcolo che risiedeva in vescica, e che formava continuazione con quello della prostata.

I frammenti del calcolo risultarono del peso complessivo di oncie tre e tre ottavi.

Il pezzo che fu estratto intero dalla vescica, appresso misurato, risultò di 14 linee di lunghezza, e del diametro di 12 nel senso in cui appariva la frattura, e la porzione infranta in tre pezzi, che protuberava nell'uretra membranosa, fu calcolata di 9 linee di lunghezza e 5 di diametro. Al 49.° giorno dall'operazione la ferita era cicatrizzata, e dopo alcuni mesi l'operato ritornò alla propria casa ben nutrito, e contentissimo del suo stato.

Questo calcolo adunque era formato di una parte centrale maggiore, e di due prolungamenti. Il centro, della lunghezza di 80 millimetri, occupava una vasta saccoccia fortemente addossata al calcolo e formatasi a spese dell'ingrandimento ed assottigliamento eccentrico della prostata; il prolungamento superiore, o vescicale, della lunghezza di 32 millimetri e del diametro di un pollice, teneva stabilmente allargato d'altrettanto il perimetro dell'orifizio della vescica, la quale, contratta ed ispessita, manteneva costrettissima la sua cavità; il prolungamento inferiore occupava l'uretra membranosa pel tratto risultante dai tre pezzi precedentemente mozzicati di 25 millimetri. Dal che ne risulta che questo calcolo stesso il quale fu afferrato in un diametro della lunghezza di 80 millimetri, era in sostanza di 137 millimetri considerando la sua totale lunghezza dall'apice protuberante nell'uretra membranosa fino alla sommità della porzione esistente in vescica.

Dai fatti fin qui narrati, sebbene si confermi che calcoli perineali possono essere portati anche lungamente senza dare luogo a disordini letali, e che anzi alcuni hanno potuto essere espulsi dal perineo per un'apertura spontanea nel medesimo formatasi, d'ordinario però cagionano successioni più o meno temibili od anche mortali se non sono debitamente estratti.

Egli è perciò che siccome non sarebbe giustificabile il confidare troppo in queste tregue od in simili espulsioni spontanee, che non ponno essere che eccezionali, così il chirurgo dovrà trarre profitto dalla conoscenza esatta dei modi diversi coi quali i calcoli stessi si possono annidare nell'uretra o fuori di essa, della sede precisa da essi loro occupata, e delle complicazioni che vi si possono associare, onde ricorrere a quel processo operatorio che può rendere più facile e sicura la loro estrazione, affine di evitare così quei pericoli che senza di ciò potrebbero incontrarsi.

Ammesso pertanto che il calcolo arrestatosi nell'uretra non sia tanto piccolo e mobile da potere essere tolto dalla medesima coi tiracalcoli o colla litotripsia uretrale, allora bisognerà rimuoverlo coll'uretrotomia perineale, e quando si nasconderà in una cisti formata soltanto dall'uretra membranosa, sarà sufficiente una longitudinale incisione proporzionata al volume del calcolo lungo la linea del rafe nei tessuti che ricuoprono la cisti uretrale e nella cisti stessa, per potere con una pinzetta da polipi, con una spatola, colla tanaglia da pietra articolata a guisa di forcipe, estrarlo.

Quando invece i calcoli perineali saranno rinchiusi in tramiti fistolosi, se non potranno essere portati fuori con pinzette dalle fistole, converrà inciderle col bistorino onde avere sui medesimi una più facile presa; e in quei calcoli uretrali che si approfondano nello scroto, sarà indispensabile di incidere lo scroto istesso per rinvenire ed aprire la cisti uretrale che li contiene.

Se il chirurgo potrà avere il sospetto che un calcolo sia arrestato nell' uretra membranosa in vicinanza al bulbo, ed un altro si trovi a qualche distanza da questo e cioè nella prostata, come osservò il dott. *Romei*, allora dopo avere inciso il perineo longitudinalmente, ed aperta l' uretra membranosa, estrarrà il calcolo uretrale, e poscia non ometterà di fare diligenti esami affine di andare in traccia dell' altro calcolo, e trovatolo nella prostata, toglierlo da quel posto.

Allorchè poi i calcoli sono molti ed addossati gli uni contro gli altri, dopo avere incisi più o meno ampiamente i tessuti che li ricuoprono onde poterli debitamente dominare, per esporre l' infermo a minori violenze, si cercherà di farne l' estrazione separatamente.

Nei calcoli che occupano quasi esclusivamente la prostata sarà preferibile, quando sono molto voluminosi e questa glandola non abbia subìto quell' assottigliamento che d' ordinario in simili contingenze si verifica, d' inciderla come fece il Prof. *Baroni* nei suoi raggi, ed in alcune circostanze potrà essere pure acconcio il dare al taglio esterno la figura semilunare. Si dovranno ancora in questi casi preferire le tanaglie articolate a mo' del forcipe (1).

In quei calcoli che occupano la prostata e la vescica contemporaneamente, se sono molto voluminosi, sarà del pari utile il taglio interno multiplo, e se si insinuano anche nell' uretra membranosa e si dirigono verso il suo bulbo, sarà opportuno che la esterna incisione e quella dell' uretra sia eseguita in modo da corrispondere alla sommità del calcolo, giacchè così potrassi, come io feci nel calcoloso di Fusignano, mediante l' indice ed il medio insinuato nel retto intestino esercitare tali pressioni in avanti sulla parte più profonda del

(1) Il chiarissimo Prof. *Bottini* di recente ha estratto con felicissimo esito un enorme calcolo vescico-uretro-perineale incidendo il perineo e l' uretra in direzione del massimo diametro del tumore costituito dal calcolo ed afferrandolo colla mia tanaglia articolata.

calcolo, da obbligare la sua porzione anteriore acuminata d'insinuarsi agevolmente fra la ferita, al fine di permettere la presa tanto più facilmente alle branche della tanaglia.

Se finalmente, atteso l'enorme volume del calcolo, od in causa di varie altre circostanze, il calcolo stesso non potesse nelle maniere anzidette essere estratto, sarà indispensabile alla cistotomia congiugnere la litotripsia, e questa verrà eseguita secondo i casi o con robuste e comuni tanaglie da pietra, o cogli ordinari litotritori, o con quello del *Porta*, del *Fabbri*, del *Malagodi* e di altri, o col mio frangipietra.

E giacchè, come ho dimostrato, il conoscere la provenienza dei calcoli perineali, i varii punti del perineo in cui vanno a nascondersi, i loro rapporti cogli organi adiacenti, e le metamorfosi dai medesimi indotte nelle attigue parti, può rendersi in ispecial modo utile al loro curativo trattamento, perciò approfitto ora di alcune interessanti comunicazioni avute da Onorevolissimi miei Colleghi dopo la pubblicazione che io feci dei casi ora descritti (1) per venirle esponendo, ed anche per rendere noto un fatto veramente singolare che mi appartiene, e che dimostra la natura dei calcoli perineali non essere sempre urinosa.

Nel giorno 15 Ottobre 1865 il distintissimo sig. dott. cav. *P. Caire*, Chirurgo primario in Novara, favoriva di scrivermi del tenore seguente.

„ Intorno ai calcoli perineali, mi faccio debito fra gli altri narrargliene un caso interessantissimo e di cui Ella potrà, volendo, farne uso. Toccò questo molti anni sono nella pratica all' egregio mio Genitore che Dio mi conservi lungamente ancora benchè conti ormai gli 85........! Un signore di anni 40 richiese tal giorno un di lui amico, e questi a sua volta mio Padre, perchè era forzato a letto da un tumore al perineo. Questo tumore oltremodo gonfio,

(1) Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna. fasc. di Settembre 1865.

dolentissimo e fluttuante, presentava l'aspetto di un vasto ascesso. Non sospettarono i signori Chirurghi di attinenze vescicali stante la libera emissione dell'urina, laonde soddisfecero alla immediata indicazione di vuotare l'ascesso. Ma quale non fu la loro sorpresa quando penetratovi con bistorino, la di lui punta s'arresta su corpo duro e scabro! Vuotano l'ascesso, spaccano il tumore, e ne estraggono un calcolo oblungo dell'estensione di un decimetro, quasi cilindrico e del peso di tre oncie mediche, pari quasi ad un Ettogramma. Non una goccia d'urina sortì mai dall'ascesso, il calcolo stava come in una cisti sul davanti dell'uretra e della prostata, avente per nucleo uno spillone.

„ L'anamnesi dà, che questo signore nell'età d'anni 12 sentendosi un pizzicore nell'uretra, come se contenesse un corpicciuolo che non potesse escire, vi frugò entro con uno spillone per la capocchia. Ed obbedendo alla vellicazione andò tant'oltre che lo spillo gli sfuggì di mano, ed attratto dalla capilarità dell'uretra, penetrò in vescica.

„ Il buon giovane non palesò mai ad alcuno le cose sino a che giunse all'estremo citato. Ora la giacitura dello spillo nel calcolo di cui stava al centro era così, che la punta guardava in avanti ed in basso, e la capocchia stava tra la prostata, il retto e la vescica con cui più non comunicava, non essendovi alcun gemizio d'urina; guarì l'ammalato in brevi giorni e visse sano ed incolume, molti anni ancora.

„ Ora è certo che quello spillo penetrò in vescica per la sua capocchia, le contrazioni del viscere lo spinsero a perforarla nel basso fondo, vi sortì a poco a poco servendo di conduttore alla porzione più densa e concretabile della urina che si cristallizzò intorno ad esso. Forse che l'infiammazione della cisti urinosa e dei tessuti adiacenti, in un colla pressione che il tumore esercitava su di essi, determinarono da un lato la chiusura dell'apertura o perforazione vescicale, e dall'altro la suppurazione per l'eliminazione del corpo straniero. E che questo sia dapprima penetrato in vescica e poi

sortitone, non havvi dubbio, e per l'asserzione del malato, e per il modo che s'introdusse, e per la posa e direzione in cui il trovarono ed ove stette chi sa quant'anni, avendone soggiornato per 28 nelle parti.

„ A questo interessantissimo caso, continua a scrivere l'egregio cav. *Caire*, potrei aggiugnerne tre altri di cui uno mio. Su due bastò la bottoniera essendo il calcolo non maggiore di un'avellana, nell'altro si è dovuto fare ampio taglio semilunare essendo invece molto voluminoso il calcolo, del peso se non erro di 50 grammi, e del volume di un ovo di gallina „.

Non ebbi appena ricevuto la lettera del cav. *Caire*, che il mio ottimo e distintissimo amico dott. *Forlivesi*, Professore primario di Chirurgia in Faenza, mi spedì la seguente interessantissima istoria.

Giovanni Camerini del contado di questa città, d'anni 45, di condizione operaio nei lavori campestri, sortì da natura sana e robusta fisica costituzione, nè ricorda di avere sofferta alcuna malattia nelle prime età della vita. Giunto presso che al termine del quarto lustro fece una caduta dall'alto di una scala di legno portatile, e rimase cavalcioni sopra un piuolo urtandovi fortemente col perineo. Ne seguì ben tosto ematuria che continuò per due giorni, la quale cessata con blandi mezzi, gli lasciò un senso di bruciore a quella parte, e successiva crescente difficoltà di spandere le urine. Fattasi questa in appresso anche maggiore ebbe ricorso, più tardi però che potè, a vari chirurghi, i quali tentarono inutilmente con candelette, con sciringhe elastiche e metalliche di penetrare in vescica, stante il grave intoppo che nel tratto dell'uretra membranosa manifestamente anche all'esterno sentivasi. Non andò guari che si presentò completa la iscuria, per cui chiamò il dott. *Ferro*, in allora dimorante in Faenza, il quale per ciò che ho potuto arguire dalla narrazione fattami dal *Camerini* eseguì la bottoniera, e gli disse

di avere asportato un pezzo di carne che formava l'ostacolo al libero passaggio delle urine.

Da questa operazione gli rimase una fistola urinaria perineale che non mai cicatrizzò, sebbene facile e senza stento ne fosse poscia la emissione delle urine. Non fu egli perciò impedito di usare ai suoi ordinari lavori, quando trascorsi cinque in sei anni, senza causa determinata, gli si infiammò fortemente il perineo e vi si costituì un vasto ascesso urinoso, il quale cogli emollienti comuni poco appresso si aprì spontaneamente, e dall' apertura fattavisi, ebbe a vedere fra le marcie uscito un calcolo del volume di una nocciuola, cui tennero dietro in più giorni ben altri venti, grossi quanto un grano di veccia. Avverso come era a sottoporsi a regolar cura, lasciò il male a se stesso, e quantunque le cose tornassero poscia apparentemente allo stato di prima, si vide aperto poco sotto lo scroto un secondo seno fistoloso. Altre volte in progresso di tempo soffrì di tumori al perineo più limitati del precedente, allo scoppiare dei quali altre fistole vi restarono. Proseguì egli in siffatte morbose condizioni locali senza farne parola con alcuno, e nè altro in lui osservavasi che l'incesso a gambe, come suol dirsi, larghe, quasi avesse, siccome realmente aveva, un corpo che divaricasse oltre il naturale le coscie fra loro. Del resto mantenendosi egli in piena robustezza, non tralasciò mai le consuete sue fatiche poco o nulla badando alla incomodità sua, e seguitò di tal guisa innanzi per ben quindici anni vedendosi però mano mano aumentare il tumore al perineo, e la difficoltà di emettere le urine per le vie naturali, mentre esse fluivano per la più parte dai fori delle fistole. Infiammatisi tutto ad un tratto i tessuti tanto dello scroto quanto del perineo fino all'ano con isviluppo di febbre sintomatica, fu costretto di farsi tradurre in questo civico Spedale, in cui venne accolto il 7 Gennaio 1864, e posto nella Sala comune della sezione chirurgica alle mie cure affidata.

I fenomeni generali che questo malato presentò alla mia prima visita, legati come erano allo stato della località, non offrirono alcun che di rimarco. Nella regione perineale osservai un tumore che dall'ano si estendeva fino allo scroto spostando anteriormente ed in alto i testicoli: il suo diametro antero-posteriore era di oltre dodici centimetri, di otto il trasversale. Era esso duro in tutta la sua estensione, e presentava rialzi ed avvallamenti, in mezzo ai quali distinguevansi a qualche distanza l'una dall'altra quattro aperture fistolose, da cui colava quasi tutta l'urina. La prostata, esplorata pel retto intestino, offrivasi ingrossata e resistente più del normale. Lo specillo introdotto pei fori delle fistole faceva avvertire un corpo scabro e sonoro nel mezzo di questo grosso tumore, e così pure la siringa metallica introdotta per l'uretra veniva arrestata dal corpo stesso senza poter giungere in vescica.

Sottomesso a conveniente cura, si ebbe sollecito miglioramento e diminuzione della febbre, la quale perdurò ciò non ostante alcun tempo, ancorchè nei tessuti costituenti la parete anteriore del tumore si fosse vinta quella specie di risipilazione, che spesso si osserva procedere dall'irritamento che porta lo stillicidio delle urine in onta alla pulitezza usatavi, e ai mezzi di cura adoperati. La spessezza di questi tessuti restò sempre uguale, di modo che dalle esterne aperture misurata collo specillo fino al corpo estraneo sottoposto, non era minore, massime nel suo centro, di tre centimetri.

Ricompostosi lo stato generale, non potendosi sperare di vedere attenuate le condizioni della località, null'altra cura essendovi a tentare, si avvisò ben tosto all'estrazione di questo grosso calcolo, che si presentava racchiuso da un sacco occupante tutto il perineo. Difatto, cessata la rigidità dell'inverno, avendo preventivamente ben disposto il malato, la mattina del 3 Marzo, presenti i dottori *Pietro Spadini* e *Attilio Urbinati*, si venne all'operazione nel modo seguente:

Collocato il malato come suolsi per la cistotomia, si fece un taglio sulla linea mediana in corrispondenza all' asse del tumore, dividendo i tessuti da sì lungo tempo e sì grandemente ipertrofici, e si pose a nudo una grossa pietra, la quale colla sua porzione anteriore, e cioè con quella che era rivolta contro i tessuti più esterni del perineo, era coi medesimi fortemente aderente. Tolte cotali aderenze con forza mediante adatta spatola metallica, si potè allora agevolmente afferrare il grosso calcolo con una ordinaria tanaglia dentata, e farne prontamente la estrazione. Dopo di che esaminando attentamente la cavità che lo racchiudeva e che potevasi assai bene dominare coll'occhio, si ebbe campo fuori d' ogni dubbio di conoscere che la cavità la quale nascondeva il calcolo, posteriormente soltanto era costituita dall' uretra allargata, mentre anteriormente era formata, come si disse, dai tessuti perineali, o per essere più esatti, da un tessuto in suppurazione, costituito da quel tramite fistoloso in cui il calcolo erasi originato. Introdotto un catetere nel tratto posteriore dell'uretra, si avvertì la presenza di un altro calcolo, che a prima giunta si credè essere in vescica, ma che ben presto si conobbe invece formatosi nel lobo sinistro della prostata. Afferrato questo calcolo con una tanaglia ricurva, per essere di natura friabile non fu possibile estrarlo intero, e si dovette ripetere la introduzione della medesima, ed anzi usare della pinzetta comune da medicatura per levarne colla scorta del dito ogni frammento. Indi praticate iniezioni per detergere il cavo, e far con esse uscire qualunque polviscolo potesse esservi ancora, si ebbe certezza di averlo tutto asportato. Rassicurato del pari che niun altro calcolo esisteva entro la vescica, posi a permanenza una sciringa elastica per meglio favorire il ristabilimento del canale uretrale, e l'ammalato dalla camera delle operazioni fu trasportato al suo letto.

La forma del calcolo dapprima estratto al perineo, essendo esso intero e compatto, è semilunare: il margine superiore

concavo abbracciava la faccia inferiore dell'osso del pube; il convesso corrispondeva alla parte esterna del tumore sopra cui erano le quattro fistole. La sua dimensione nella maggior lunghezza, è di oltre sette centimetri, largo tre e mezzo, e della grossezza nel suo centro, in cui è maggiore di quello ai lati, di tre centimetri.

L'altro calcolo innicchiato nella prostata, per ciò che si è potuto rilevare dalla esplorazione mediante il dito e dalla apertura delle branche della tanaglia che dapprima lo prese, non che dal volume che offrono i frammenti fra loro riuniti, era di figura sferica, scabro nella sua superficie, e della grossezza di una noce avente il diametro di due centimetri.

Quantunque questi calcoli non siano stati sottoposti ad analisi chimica, pure per i caratteri che presentano può affermarsi essere ambidue a base di acido urico combinato coi sali, che riscontransi per l'ordinario nei calcoli urinarii.

Siffatta operazione, che riescì spedita e breve senza gran patimento del malato, non fu seguìta da alcun fenomeno allarmante, di guisa che le cose progredendo sempre in meglio, potè uscire dallo Spedale il 5 Agosto susseguente, essendo rimasto poco sotto lo scroto un piccolo foro fistoloso, che sarebbesi potuto vincere anche del tutto, se la ritrosìa ad ogni cura che lo avea per circa venti anni astenuto dal ricorrere a qualche chirurgo, non lo avesse in quest'incontro ancora indotto a partirsene anzi tempo, troppo contento dell'ottenuto miglioramento.

Anche l'egregio dott. *Filippo Spadini*, già chirurgo primario in Osimo ed attualmente in Faenza, mi favorì di rammentare un fatto che trovo molto utile di qui trascrivere.

Pietro Damiani, Osimano, uomo di assai robusta costituzione, di temperamento sanguigno, e che fino all'età sua di anni sessantaquattro era vissuto in mezzo alle fatiche, dacchè la sua professione continua era sempre stata quella di giornaliere, fu a dì 21 Novembre 1840 trasportato nel civico Spedale. Egli era, dice lo *Spadini*, quando il visitai la

prima volta alla sera del suddetto giorno, nello stato il più deplorabile, cioè a dire con febbre intensa, polsi frequenti e gagliardi, difficoltà di respiro, estrema ansietà, alterata la fisonomia, bocca e lingua aride, anzi quest'ultima era coperta come d'un nerastro intonaco. Interrogatolo rispose a mala pena che, nell'età d'anni 19 trovandosi a Roma e segando un legno, cadde su di un trave cavalcione riportando una grave contusione al perineo, ma senza alcuna esterna lacerazione, e che subito dopo quella caduta trasportato nello Spedale di Santo Spirito ebbe una grave emorragia dall'uretra che gli si andò rinnovellando per lo spazio di 25 e più giorni, dopo di che mai più ricomparve, ma che d'allora in poi, sempre avea sofferto di somma difficoltà d'urinare, accresciutaglisi anche da qualche blenorragia guadagnatasi in seguito: che in più volte varii chirurghi per liberarlo da quella malattia avevano tentato di farsi strada colla sciringa, ma sempre indarno, per cui nei quarantacinque anni che trascorsero dopo quella caduta, soffrì sempre somma difficoltà d'urinare, la quale da quattro o cinque giorni eraglisi accresciuta in modo da non potere più espellere che mediante sforzi grandissimi alcune goccie d'urina, e la cagione di tutto ciò che di straordinario ultimamente eragli intervenuto essere stata una forte riscaldazione guadagnatasi pochi dì innanzi per avere fatto un lungo viaggio a piedi, e fors'anco per avere bevuto soverchiamente del vino. Di più seppi che da due giorni eraglisi manifestato alle parti genitali una tumefazione, per cui, così almeno egli diceva, sembravagli di star meno male, ma che non ostante però sottoponeasi volontieri a qualsivoglia operazione avesse l'arte mia richiesta, purchè lo togliessi allo spasimo che sì fieramente lo travagliava. Queste poche parole, segue a dire lo *Spadini*, bastarono perchè io subito sospettassi di qual sorta di malattia si trattasse; e di fatto al visitarlo ocularmente che io feci, trovai una tumefazione al perineo, d'un volume straordinario, lo scroto, il pene, e le pareti del basso ventre fino alle coste

spurie, tumide, tese, come edematose, lucenti: insomma uno dei così chiamati depositi urinosi per infiltrazione, rapidi e diffusi. E dopo avere esplorato l'uretra con un catetere metallico, riconosciuto anche io pure che un ostacolo organico insuperabile di questo canale impediva di percorrerlo in modo da potere penetrare in vescica, allora fu che non restandomi più nulla a dubitare sopra la diagnosi, risolvetti di non frapporre alcun tempo e di ricorrere ben tosto ai mezzi più energici ed efficaci. Praticai perciò sull'istante, al solo fine di aprire un'uscita alle urine infiltrate e di prevenire in tal modo ulteriore infiltrazione, un' incisione longitudinale al perineo, che dovetti condurre alla profondità di quasi un pollice e mezzo prima di poter giungere alla cavità urinosa; feci pure alcune scarificazioni allo scroto e parecchie punture alla pelle del membro, ed altre incisioni furono fatte agl' inguini. Alla visita della mattina seguente seppi che il malato avea discretamente passata la notte e che anche avea goduto di qualche breve intervallo di riposo e di quiete, trovai il letto molle, inzuppato d'urina, e per metà diminuito il volume del pene, e dello scroto; più facile il respiro, migliore la fisonomia. Nella visita del terzo giorno seppi che avea dormito alcune ore della notte, e nel togliere dal perineo l'empiastro con cui erasi fatta la medicatura, si vide cadere sulle lenzuola un corpo di color biancastro, del volume e della forma di un uovo di colomba, il quale subito osservato videsi mancante in una delle sue estremità di un piccolo segmento, e perchè con qualche forza lo si strinse fra le dita tutto sgretolossi in minuti pezzuoli. Erano dessi 42 calcoletti di colore bianchiccio, di figura quadrangolare, e ciascuno del volume presso a poco di un piccol granello di fava a superficie levigatissima, ed i quali, uniti ad altri cinque che estrassi col dito dai labbri e dal fondo dell'incisione perineale, avevano formata una pietra che sembrava d'un sol pezzo, del volume, e della forma indicata, e del peso di circa 10 grammi. Le cure che vennero in seguito prodigate

all' infermo ne procurarono la guarigione, rimanendo soltanto superstite una piccola fistola al perineo.

Ora brevemente esporrò il caso singolare che venne da me osservato.

In un uomo dell'età di 45 anni formossi al perineo un foruncolo a qualche distanza dal margine dell'ano. Passato il foruncolo a suppurazione, l'ascesso si aprì spontaneamente, e non si chiuse, per quanto mi assicurò quest'uomo istesso, completamente, se non se dopo 10 anni. Ne trascorsero altri 20 senza che egli risentisse in quella regione la benchè minima molestia; ma dopo essere stato preso da forte dolore all'ipocondrio destro che si estendeva alla regione epigastrica, accompagnato da vomito, da stipsi e da febbre, e dopo essere rimasto in uno stato assai grave per circa due mesi, nello stesso tratto perineale in cui in antico erasi formato l'anzidetto foruncolo, sviluppossi un vasto ascesso che spontaneamente si aprì e cangiossi in una fistola. Chiamato io per curarlo, trovai che l'apertura fistolosa era a destra del perineo ed alla distanza di oltre a cinque centimetri dal margine dell'ano; dalla medesima scaturivano sole marcie, delle quali non ne escivano nè per la via del retto intestino, nè per l'uretra. Esplorato questo canale, lo trovai libero in tutta la sua lunghezza; esplorato il retto intestino col dito e collo specolo non mi accorsi di alcun pertugio ulceroso. Introdotto uno specillo lungo il tramite fistoloso, alla distanza di quattro centimetri si arrestava, ed urtava contro un corpo piuttosto scabro. Non avendo quest' uomo mai sofferto malattie agli organi urinari, essendo invece andato soggetto, come dissi, moltissimi anni prima ad un foruncolo alla regione perineale, susseguito da una fistola la quale durò 10 anni senza che dalla medesima scaturisse giammai una stilla di urina; l'essersi in quella medesima regione formato tempo dopo un vasto ascesso, che convertissi esso pure in una fistola; e lo avere osservato che introdotto lo specillo entro il tramite fistoloso tendeva esso a dirigersi piuttosto verso il retto

intestino di quello che contro l'uretra o la vescica, tutto ciò mi indusse a ritenere che la fistola perineale, piuttosto che con quest'ultimi organi, potesse avere relazioni dirette od indirette col retto intestino. Per assicurarmi di ciò incisi tutto quel tratto di seno che trovavasi fra l'esterna apertura fistolosa e l'aspro corpo che ho accennato, ed allora potei conoscere che questo era costituito da un calcolo, della grossezza di una fava, di colore giallo grigiastro bruno, in cui vedevansi sparse alcune piccole macchie quasi nere. Non avendo questo calcolo i caratteri proprii degli urinosi, e trovato avendolo a non molta distanza del retto intestino, incisi perciò l'intestino stesso in quel modo che praticasi operando la fistola all'ano onde assicurarmi della guarigione. La ferita fece un corso regolare, e l'ammalato guarì.

Esaminato che fu con maggiore accuratezza questo calcolo, se ne trovò la superficie tutta scabra, anzi osservata colla lente sembrava tomentosa; un piccolo pelo ne usciva da un lato; era di durezza assai forte e tale da potersi dire veramente lapidea. Fatto confronto col suo volume, appariva piuttosto leggiero, giacchè non pesava che 15 centigrammi. Con difficoltà si potè spezzarlo; nell'interno si mostrò omogeneo in tutta la massa senza apparenza nè di strati, nè di forme regolari o cristalline, e solamente nel centro se ne vide una quindicesima porzione alquanto più annerita, che non potè essere staccata se non se raschiandola colla punta di un temperino.

Pregato da me il ch. sig. Prof. cav. *Sgarzi* a farne l'analisi Chimica, egli la eseguì nel modo il più accurato; e siccome il conoscerla credo possa riescire della massima importanza, così amo riferirla con tutti quei particolari coi quali venne dall'Autore esposta. (1)

(1) Nuovi Annali delle Scienze Naturali di Bologna, fascicolo di Luglio e Agosto 1851.

„ In questo calcolo, egli dice, innanzi tutto volli osservare quella porzione che se non ne formava il nucleo strettamente parlando, ne era però la parte centrale e si mostrava un poco nel colore diversa. La separai con diligenza, ma non la potei avere che in frantumi, i quali erano duri, difficili a polverizzarsi, affatto amorfi come tutta la massa del calcolo, e niente di singolare lasciavano vedere esaminati ad occhio armato. Ed essendochè nell'insieme non pesavano che nove milligrammi, non potendo fare spreco di tale materia, mi feci soltanto ad esplorarla qualitativamente. La posi perciò sulla lamina di platino e l'assoggettai al calore della lampada ad alcool. I piccoli frantumi di che constava non variarono di forma, e man mano la lamina diveniva rossa, annerivano e tramandavano il fetore di corpo azotato che brucia; di più indicarono appena un principio di fusione, bruciarono per un momento con viva luce, ed in ultimo quasi senza perdita di volume rimasero interi e pressochè bianchi. Sopra questo residuo versai alquante goccie d'acido nitrico, che lo sciolse nella sua totalità, accennando dell'effervescenza, ed allungata un poco la soluzione, e distribuita a goccie sopra una lastra di vetro, la esperimentai col nitrato d'argento, coll'acetato di piombo, coll'ossalato d'ammoniaca, colla stessa ammoniaca, col carbonato di potassa, e col cianuro di potassio, ma non ottenni indizi che di calce, e precisamente del suo fosfato e del carbonato, e di ferro. A tal che, infuori di materia, o materie organiche, e di sali calcarei, nulla di particolare dimostrò questa specie di nucleo, che anzi vidi di poi non avermi che prenunciata una parte della composizione del calcolo, colla quale lo verificai in perfetta ed assoluta identità. Infatti, proseguendo nei processi analitici, e mirando primieramente in questo calcolo alla determinazione proporzionale della materia organica e dell'inorganica che vi esisteva, replicai la calcinazione sopra sette centigrammi e cinque milligrammi, corrispondenti alla metà precisa del medesimo calcolo. Ebbi tre soli centigrammi di residuo dopo

essersi di nuovo manifestati tutti i fenomeni detti di sopra, e da ciò dedussi che a 45 milligrammi ascendeva la quantità dell'organico, mentre i detti 3 centigrammi rappresentavano tutto l'inorganico. Del quale, giacchè mi era noto in certo modo il qualitativo, convenendomi stabilire la parte rispettiva del fosfato di calce, del carbonato pur di calce, e del ferro, mi servii del processo sopra descritto, per cui ottenni sole traccie egualmente di quest'ultimo, di fosfato 22 milligrammi, e 9 milligrammi di carbonato.

„ Se non che, di tale quantitativo di carbonato calcare una porzione almeno poteva derivare da qualche sale od acido organico, così ridotto nell'incenerimento preceduto. Ma che si trattasse realmente di sua origine tutta quanta minerale, potei convincermene in appresso, allorchè mi occupai con ogni maniera d'indagine di scoprire di quale o di quali materie si componessero i 4 centigrammi, e i 5 milligrammi, costituenti la parte organica. Imperocchè a simile intendimento dedicando tutto il resto della materia del calcolo sopravvanzata, la polverizzai, e la trattai prima coll'acqua distillata fredda e bollente, e così di poi coll'alcool rettificato e coll'etere. Evaporati separatamente questi liquidi, l'acqua distillata lasciò unicamente un velo di residuo circolare biancastro, che ridisciolto con delle goccie della stess'acqua, trovando che in questa soluzione, tentata sempre a goccie sopra una lastra, il nitrato d'argento produsse del precipitato solubile nell'ammoniaca, e che invece nulla dimostrò nè coll'ossalato di ammoniaca, nè coll'acido tartarico, riconobbi dover essere una traccia di cloruro di sodio. L'alcool che erasi marcatamente colorato in verdastro, depose col raffreddamento, siccome l'etere del tutto evaporato, una materia bianca untuosa al tatto, inodora, che si fece conoscere insolubile nell'acqua ed inattaccabile dalla potassa, e che al contrario decomposta dall'acido nitrico del pari che dall'acido solforico, colorata alquanto in giallo carico, non potei non

ravvisare per colesterina, e desumere ancora, dal peso dell'altra materia che dopo ricavai, ed in rapporto al totale dell'organico dalla calcinazione fissato, della quantità di 6 milligrammi.

„ Il coloramento dell'alcool che ho indicato, fece sì, che quando ebbi riscaldata colla soluzione di potassa la medesima sostanza diggià stata assoggettata all'acqua, all'alcool, all'etere; e quando mediante la neutralizzazione della potassa coll'acido idroclorico ottenni depositato tutto quanto erasi nell'alcool disciolto, indi lavato, disseccato, e pesato, nel che risultò di 36 milligrammi all'incirca; vistolo pure questo deposito alquanto colorato in giallo-bruno-verdastro, ne esperimentai piccolissima porzione coll'acido nitrico concentrato, il quale facendovi inclinare il colore al blu, poscia producendovi dell'arrossamento, mi convinse dell'esistenza di traccie se non altro di materia colorante della bile. Il resto del deposito, che in istato di mollezza aveva l'apparenza di magma, così secco mostravasi come polverulento, e perchè erasi veduto insolubile nell' acqua, nell'etere ed anco nell'alcool, e perchè era stato invece sciolto benissimo dalla potassa, mi risovvenne alla memoria l'acido Litofellico di *Göbel*, oppure l'acido bezoardico di *Merklein*, e di *Woehler*.

„ Però dell'esclusiva del primo subito mi fece accorto l'infusibilità che vi provai benanco a forte calore, e sebbene questa mi dirigesse piuttosto all'acido bezoardico, nullameno il non trovarlo di poi dall'acido solforico, con cui lo esperimentai, nè disciolto, nè ingiallito, e più non mutato in blu nero dal percloruro di ferro ad onta del riscaldamento, allontanò affatto tale sospetto, che la natura assai azotata, già palesato dalla materia del calcolo nel bruciare, rendeva pressochè insussistente. Bensì ritentando questa sostanza di deposito con diversi reagenti; vedendola rammollirsi e rendersi nuovamente gelatinosa mediante l'acqua, non esser tocca dall'alcool e dall'etere, non disciolta dagli acidi diluiti, e dai concentrati alterata; al fuoco non fondersi, bruciare

senza fiamma, tramandare l'empireuma animale, carbonizzarsi e disperdersi; avuta infine siccome la era stata questa materia per mezzo di un agente alcalino, e per questo diggià per fatto riconosciuta solubile negli alcali, sembrommi che dedurre si potesse agevolmente che trattavasi di muco, il quale poi perchè esperimentato resistere all'azione degli acidi, ed apparire nell' accennata guisa colorato, inclina moltissimo a farlo ritenere muco biliare.

„ Per ultimo la parte di materia del calcolo che la potassa non era giunta a sciogliere, lavata e disseccata che fu, non solamente verificò nel peso la totalità della materia inorganica dalla calcinazione determinata, ma nel saggio che ne eseguii, mediante il processo medesimo, non lasciò di verificare egualmente tanto la specialità del fosfato, del carbonato di calce, e dell'ossido di ferro, quanto la rispettiva di loro proporzione; tolto essendo così inoltre ogni dubbio che in fatto dell'origine del carbonato calcare poteva darsi.

„ Riassumendo quindi il risultamento dell' analisi or ora spiegata, la composizione di questo calcolo perineale rappresentata in centesimali si è:

Sotto fosfato di calce		0,28
Carbonato di calce		0,12
Ossido di ferro	traccie	
Cloruro di sodio	traccie	
Colesterina.		0,08
Muco		0,52
Materia colorante della bile .	traccie	
		100

„ Non è ella forse questa, continua a dire il Prof. *Sgarzi*, una composizione complicata, e quel che più importa, non è egli vero che il calcolo che costituisce, partecipa del biliare, dell'intestinale, del bezoartico? La colesterina, non perchè

sia espressamente propria dei calcoli biliari, ma perchè congiunta a traccie di colecroina, o biliverdina, ed a muco che ha tutta l'apparenza del biliare, parmi che sia prova sufficiente a dichiararlo di tal natura. La località da cui fu estratto simile calcolo, la proporzione de' suoi elementi, segnatamente la prevalenza degl' inorganici sugli organici, e la minima dose di questi, che appartengono alla serie dei grassi, prescindendo anco dalla forma, e dalla qualità della superficie, giustificano moltissimo la collocazione di esso calcolo fra gli intestinali. La durezza poi sua grandissima, l'infusibilità assoluta manifestata nei cimenti d' analisi, ed in questi la di lui grande solubilità nella potassa non tramandando fetore alcuno, e molto meno di materia fecale col riscaldamento ancora, mi sembrano indicare, se non un vero Bezoard umano, una concrezione ragionevolmente affine alle bezoardiche. D'altronde, se si potesse addurre a conforto dell' idea di calcolo intestinale l' esistenza principalmente di materia fibrinosa contrassegnatavi da *Lassaigne* e da *Dublone* (1); del principio giallo della bile trovatovi da *Vouquelin* e da *Tenard* (2); di un' albumina ed una materia particolare riscontratavi da *Deschamps* (3); siccome a conforto dell' idea di bezoard se si potesse addurre l' esistenza del legnoso che vi hanno veduto *Braconnot* (4), *Bouis* (5) e *Guibourt* (6); del principio resinoso verde, o dell' acido litofellico che ne fu tratto da *Göbel* e da *Vöhler* (7); della sostanza gialla, o dell' acido bezoardico che n' ebbero *Merklein*, *Woehler*, *Guibourt* (8), la materia rinvenuta nel nostro calcolo in discorso che differisce

(1) Journ. de Chim. M. etc. T. 1.
(2) Lo stesso T. 5.
(3) Journ. de Pharmac. etc. 3. Ser. T. 8.
(4) Ann. de Chim. etc. de Phys. T. 20.
(5) Journ. de Chim. Med. etc. T. 5.
(6) Journ. de Pharmac. etc. id Ser. T. id.
(7) Journ. de Pharm. et Nouv. Ser. T. 1.
(8) Jour. ed Pharm. et 5 Ser. T. 9, 10.

da tutte queste colla differenza che passa fra esse ed il muco biliare, non lo lascierebbe nè fra questi nè fra quelli, non valutandone nemmeno a soprappiù la mancanza del fosfato ammoniaco-magnesiaco, e della silice che in tutte due le specie vi sono quasi sempre constatati, e dei quali non è comparso segno alcuno. Ma dei calcoli intestinali e del bezoard non essendovi caratteristico veramente stabilito; stante la composizione particolare da esso disvelata, e massime considerata la singolarità del luogo da cui è dipartito, io credo abbastanza ammissibile la dichiarata sua triplice qualità, e cioè che il calcolo di cui fin qui è detto partecipa del biliare, dell'intestinale, del bezoardico.

„ Imperocchè niente di contrario vi può essere che questo calcolo siasi formato nella cistifellea o nei condotti biliari, sia disceso pel coledoco negl'intestini, e di qui siasi internato nella fistola perineale in cui fu rinvenuto. E quando pure si volesse obiettare che detta fistola non si vide comunicante col retto intestino, rimane sempre di poter pensare che dapprima fossevi tale comunicazione, e che nel penetrare per essa il calcolo, col produrvi irritamento, ne avesse facilitata la chiusura. Ed arroge a tutto questo l'essere stato l'infermo alcun tempo prima della manifestazione della fistola preso da forte dolore all'ipocondrio destro che si estendeva alla regione epigastrica, accompagnato da vomito, e da mancanza di evacuazioni alvine; ciò che può benissimo denotare l'origine ed il viaggio presupposto del calcolo biliare, siccome benissimo spiegare la modificazione che può avere sofferta negl'intestini e nel cavo fistoloso fino a ridursi quale l'analisi lo ha determinato. „

Non piccola poi, secondo me, può essere la pratica utilità che può ricavarsi dalla conoscenza degli esposti fatti. E di vero; quello che venne osservato dal dott. *Caire* non solo conferma la opinione da me pur emessa, e cioè che i calcoli urinosi perineali ponno formarsi ancora fuori dell'uretra, ma dimostra ben anco la possibilità che sparisca l'apertura

mediante la quale il calcolo stesso era dapprima in comunicazione coll'uretra o colla vescica, per cui eseguítane la estrazione, null'altro rimane a fare al chirurgo se non se una ordinaria medicatura per guarire radicalmente l'infermo. Il fatto narrato dal dott. *Forlivesi* rende poi patente, che i calcoli perineali urinosi si possono originare in parte entro l'uretra allargata, in parte fuori di essa e cioè in un tramite fistoloso preesistente alla formazione di esso calcolo e comunicante coll'uretra; e così pure questo medesimo fatto vale ad appoggiare l' osservazione del dottor *Romei* e che io esposi superiormente, secondo la quale è fatto aperto, che i calcoli perineali urinosi ponno rinvenirsi nell' uretra dilatata a maggiore o minore distanza dalla prostata, e nel medesimo tempo formarsi nella prostata stessa, con questo però che il *Romei* trovò il calcolo prostatico nel mezzo della ghiandola, il *Forlivesi* nel suo lobo sinistro, e quindi il primo per estrarlo dovette prolungare l'incisione dell'uretra nella direzione della linea mediana, il secondo invece fu costretto inciderla obliquamente dal lato sinistro. E così pure importantissimo è il caso indicato dal dott. *Spadini*, perchè dimostra che se molti piccoli calcoli urinosi perineali assieme agglomerati possono essere espulsi anche in un sol masso spontaneamente mediante un'apertura formatasi nella perineale regione, può per altro accadere che alcuni di essi rimangano indietro e in questa nascosti, il che rende necessari nell' atto della operazione attenti esami onde assicurarsene per poterli trar fuori debitamente. E questo fatto pure disvela le difficoltà che si denno incontrare nel fare il diagnostico allorchè un insuperabile restringimento organico non permette di percorrere l'uretra, in modo da potere toccare col catetere metallico le concrezioni calcolose arrestatesi dietro di esso, e quali gravi successioni, sia per fatto dei calcoli, sia in causa del restringimento, abbiano a paventarsi; e finalmente il caso da me accennato palesa questo di particolare, che nel perineo

non solo prendono stanza calcoli urinosi, ma ben anco calcoli derivanti dall'apparato chilopoietico, il che ammonisce della necessità di prevalersi nei casi dubbi di tutte quelle risorse diagnostiche che valgono ad evitare qualsiasi fonte di errore, e ad impedire che si intraprendano improprie operazioni, i di cui risultati potrebbero nelle singole circostanze riescire ben diversi da quelli che il chirurgo nella sua mente si era prefissi.

ESTRAZIONE

DI UN ENORME CALCOLO VESCICALE

AVENTE PER NUCLEO

ALCUNE OSSA FETALI

E STORIA DI DUE MOSTRUOSITÀ PER INCLUSIONE

IN CUI L'INDIVIDUO CEPPO
SI POTÈ PORRE IN CONDIZIONI NORMALI

Se lo studio accurato delle gravidanze estrauterine, e di quelle mostruosità che comunemente vengono dette per inclusione, offrì, in alcuni casi dubbi, dati acconci onde fra loro debitamente distinguerle, ed in notevole modo concorse ad arricchire la Storia Naturale, l'Anatomia, la Fisiologia, la Patologia, e la Ostetricia di utilissime scientifiche cognizioni, questo studio istesso fu pure fecondo di lumi preziosissimi pel Clinico e pel Chirurgo operatore, e gioverà altresì, non ne dubito, alla Medicina Giuridica, in circostanze di non poca entità.

Stimando pertanto debito mio lo aggiugnere alle cose note intorno sì bello argomento, ciò che venne da me osservato ed eseguito, e che parmi possa tornare alla scienza pratica di vantaggio, così dapprima mi farò innanzi colla esposizione di un fatto curiosissimo, intorno la genesi del quale, opino, possano a ragione sorgere alcune incertezze.

Maria Franchi, bolognese, di buona costituzione, nacque da sani genitori, e nel corso di sua vita non fu soggetta che alle malattie comuni all' infanzia, e ad altri pochi incomodi di salute. La mestruazione apparve in lei al quattordicesimo anno, e sebbene si maritasse in età giovanile, pur tuttavia non ebbe figli, nè tampoco abortì, anzi giammai le si palesò fenomeno alcuno che almeno le ispirasse la dolce illusione di essere rimasta feconda. Perdette il marito a 28 anni; e sebbene di poi i catameni regolarmente fluissero, cessarono però affatto in lei verso l' ottavo lustro, e ciò avvenne senza che l' organismo menomamente se ne risentisse. Ma giunta che fu sui sessanta, e cioè al cominciare del 1849, ebbe a soffrire dolori nello emettere le urine, ed in allora palpando l' imo ventre, con sorpresa si accorse che quivi trovavasi una ben marcata tumidezza.

Ai dolori vescicali si aggiunsero di poi doglie intestinali all' ipogastrio, susseguite da sintomi di acuta e violenta entero-cisto-peritonite. Riesciti i curanti con appropriato trattamento a migliorare lo stato della inferma, cominciò ella ad evacuare colle feci umori marciosi, e qualche volta ancora alcuni brani di sostanze animali corrotte, e tramandanti un fetore disgustosissimo. Malauguratamente non ebbesi di poi la previdenza di esaminare le alvine evacuazioni con quella diligenza che sarebbe stata necessaria per istabilire con fondamento la vera natura delle emesse organiche sostanze, ma soltanto osservaronsi le urine che mostraronsi pregne di marcie sanguigne. L' onorevole signor Dott. *Giuseppe Marchi* che in questo periodo del male ne assunse la cura, avendo consigliato alla paziente un adatto regime, ottenne la espulsione di alcuni calcoletti urinosi, uno dei quali anzi, perchè degli altri molto più grosso, si arrestò nell' uretra, da cui venne estratto. Continuando però le sofferenze della inferma, ne fece egli esplorare la vescica con catetere metallico, e rinvenutavi una enorme concrezione calcolosa, fu per ciò nel giorno 16 Aprile 1850 dal medico

fatta trasportare allo Spedale Provinciale, e Ricovero. In quel giorno istesso avendola veduta, la trovai in un misero stato di generale deperimento. Rivolti gli esami alla regione ipogastrica, mi accorsi che sotto le esili pareti addominali, e per circa tre dita trasverse al di sopra del pube, faceva sporgenza una tumidezza assai dura, convessa, la quale tumidezza insinuavasi entro il piccol bacino. Fatta la esplorazione vaginale, mi avvidi che questo duro corpo era pure ricoperto dalla parete anteriore della vagina, che aveva la figura e le dimensioni di un grosso limone, e che colla sua estremità inferiore conica accostavasi all'uretra. Introdotto un catetere d'argento in vescica, la rinvenni riempita del corpo indicato, la di cui superficie era manifestamente di natura calcare, e così rimase pienamente confermata la diagnosi fatta dal *Marchi*. È bene ancora si sappia che la sonorità di questo calcolo era tale, da farlo credere non molto compatto, e che sebbene normalissime fossero le esterne parti generative, la vagina però e la matrice, e questa specialmente, piegavano un poco a sinistra.

La presenza di quella enorme concrezione calcolosa in vescica, mi indusse tosto a prendere in seria considerazione lo stato ben grave in cui era caduto l'organismo della addolorata vecchierella, per potere stabilire se le condizioni della medesima erano tali da permettere del calcolo la estrazione, e dopo molti riflessi, che credo qui inutile lo esporre, sembrommi che questo estremo partito omettere non si dovesse, tanto più che niun altro soccorso avrebbe potuto arrecarle duraturo conforto.

Ciò stabilito, era altresì mestieri il pensare a quale metodo operatorio dare doveasi la preferenza. L'enorme volume del calcolo, il trovarne una porzione così estesa al di sopra del pube, mi fecero per un istante balenare alla mente il pensiero di liberarne la vescica col taglio ipogastrico. E di vero la porzione più elevata di esso calcolo, mostrandosi per così dire a fior di pelle, ed essendo disposta in modo da

poterla non solo agevolmente fissare con una mano, ma da permettere di scuoprirla ancora senza scorta con pochi tagli, e di abbrancarla colle tanaglie, erano per certo condizioni tali da incoraggiare a preferire simile operazione.

Ma fatte più mature considerazioni, e presa avendo specialmente a calcolo la grave flogosi cui fu soggetta la donna negli organi occupanti la ipogastrica regione, non che la costante immobilità di alcune anse intestinali nella regione istessa, non tardai a concepire il sospetto che per la sofferta flogosi le parti importantissime che ne furono invase avessero fra loro contratte tali aderenze, da rendersi capaci d'opporre ostacoli gravissimi, ed anche insuperabili al compimento della indicata operazione; e per questo motivo, e perchè il calcolo apparendo friabile eravi luogo a sperare di poterlo facilmente spezzare ed estrarre per la via dell'uretra (come in altri casi non meno gravi di questo, da me, da miei colleghi e maestri, erasi fatto con buon successo), mi parve opportuno il dare a questo ultimo metodo la preferenza.

Preparata quindi nel modo più acconcio l'inferma, alla presenza dei medici chirurghi addetti allo Spedale, di vari studenti, ed assistito dagli onorevoli signori Prof. *Cesare Taruffi*, e dottori *G. B. Baravelli* e *Federico Romei*, posta avendola sul letto per le operazioni in quell'atteggiamento che richiedesi operando la pietra, insinuai entro l'uretra un dilatatore a due branche per ampliarla quanto era all'uopo necessario, poscia affine di conoscere esattamente in quali rapporti trovavasi il calcolo colla superficie interna della vescica, vi insinuai il dito indice della mia mano sinistra, col quale mi accorsi che verso il suo alto fondo il calcolo non era libero, ma sul medesimo era addossata fortemente la vescica istessa. Non potendo giungere col dito tanto allo insù da isolarlo completamente, per questo, onde romperlo, diedi la preferenza al mio frangipietra (1), sicuro per antecedente

(1) Vedi la Memoria sulla litotomia.

esperienza che afferrato anche in parte soltanto, avrei potuto spezzarlo con facilità. E diffatti colla scorta del dito, insinuati avendo separatamente i cucchiai del frangipietra tanto a destra quanto a sinistra del calcolo, in modo da afferrarne tutta la porzione che mantenevasi libera, ne articolai le branche, e mediante la vite di pressione le strinsi in modo da ottenere in un attimo la rottura di esso calcolo. Ciò fatto estrassi la tanaglia, i di cui cucchiai rinvenni pieni di sostanza calcare. Tolti poscia con comuni pinzette altri frammenti di calcolo, e favoritane pure l'escita con iniezioni di acqua, la vescica si contrasse, ed abbassossi la sua sommità in modo da potere allora permettere, non solo di dominare col dito tutta la sua cavità, ma d'isolare la porzione di calcolo che in alto alla medesima aderiva. Dopo di che colle pinzette ordinarie estrassi alcuni altri frammenti calcari, poi con mia vera sorpresa portai fuori un dente molare, indi vari pezzetti di ossa piane. Rinnovata una diligente esplorazione, conobbi che la contratta vescica col suo alto fondo comunicava coll'ipogastrio mediante una seconda cavità contenente altre ossa, all'interna superficie della quale erano esse pure aderenti, e da cui potei estrarle dopo averle, attesa la loro alta posizione, con istento isolate col dito.

Compiuta in tal modo la operazione, che a motivo delle patologiche anormalità indicate si rese necessariamente tanto più grave di quello che poteasi presagire, la donna fu riposta nel letto assegnatole, ove per alcuni giorni giacque, dando qualche lontana speranza di poterla salvare, ma d'un tratto manifestatisi sintomi cancrenosi la vedemmo perire.

Tale era la importanza che destava la sezione di quel cadavere, da indurmi a pregare l'illustre nostro Anatomico Prof. Calori a volere essere compiacente di occuparsene. Ed egli anche in questa circostanza non mancò di appagare il mio desiderio, per cui gli rinnovo le più sentite grazie.

Ecco quali furono i risultati necroscopici che se ne ottennero, i quali poi rendonsi palesi esaminando le preparazioni a secco (1), e le figure delineate nella Tav. 14.ª

Le esterne pudende, la forchetta, la fossetta navicolare fig. 1.ª *a a a*, trovaronsi in istato d'integrità: la vagina, fig. 1.ª *b*, inclinava un poco a sinistra, e così pure la matrice, fig. 1.ª *c*: infuori di ciò ambedue erano normalissime. L'ovaia, fig. 1.ª *d*, la tuba faloppiana, fig. 1.ª *e*, il legamento lato, fig. 1.ª *g g*, il legamento rotondo, fig. 1.ª *f*, del lato manco, mantenevansi pure a sinistra in un col retto intestino, fig. 1.ª *i*, e la porzione sigmoidea del colon, fig. 1.ª *k*.

Nella vescica urinaria poi, fig. 1.ª *p*, entro cui era stato appositamente insinuato uno specillo per la via del meato urinario, si osservava che il tratto di peritoneo, il quale ne riveste la faccia posteriore, era spinto in avanti ed in basso, fig. 1.ª *q*, ed ivi la vescica mostrava quell'ampia apertura. fig. 1.ª *r*, che la poneva in comunicazione diretta coll'abnorme cavità esistente nel tumore addominale che contenuto avea le ossa fetali, fig. 1.ª *t*, le pareti della quale, fig. 1.ª *s s s s*, erano formate dall'intestino cieco, fig. 1.ª *l*, da un tratto di colon ascendente, fig. 1.ª *m*, da porzione di grande omento, fig. 1.ª *n*, intimamente fra loro riuniti in un colle adiacenti parti, e dalla quale innormale cavità poi per un lavoro di eliminazione discesero in gran parte in vescica esse ossa ove ricuoprironsi di calcarea sostanza, e diedero luogo alla formazione dell'enorme calcolo indicato.

Questa preternaturale cavità, fig. 1.ª *t*, vedevasi nella sua faccia interna cancrenata, e vi si scorgevano tre aperture antiche, comunicanti coll'intestino colon discendente, fig. 1.ª *o o o*, attraverso le quali, è a credersi, fossero eliminati quegli umori e quei tessuti guasti, che rinvennersi nelle

(1) Queste preparazioni furono poste nel Museo Anatomo-Patologico della Università.

feci, quando l'inferma fu soggetta alla ricordata grave infiammazione addominale, e dalle quali aperture escirono forse senza avvedersene, altre parti appartenenti allo stesso corpo organizzato, che per sì lungo tempo soggiornò nel ventre di quella povera donna.

Non essendosi omesso di esaminare anche le vene prossime alla descritta cavità, vi si rinvennero corpicciuoli duri di ossea apparenza, fig. 14.ª, 15.ª, 16.ª e 17.ª Portata infine la dovuta attenzione ai corpi da me estratti mediante l' operazione, e che poterono essere raccolti, si confermò che una notevole parte di essi era costituita da sostanza calcare, e che tutto il resto era formato da ossa. Fra queste si rinvennero due squamme, fig. 2.ª e 3.ª, coperte di una membrana, che ricorderebbero due frammenti di ossa piane, come sarebbero le craniali di un feto umano, delle porzioni ossee indefinibili, fig. 4.ª, 5.ª e 6.ª, un osso che avrebbe una lontana rassomiglianza col processo pterigoideo, e con un frammento del corpo dello sfenoide, fig. 7.ª, un altro pezzo d'osso che direbbesi essere la testa di un osso lungo, come il femore, o l'omero, fig. 8.ª e 9.ª, un dente canino, fig. 10.ª, un altro dente che rassomiglia al quarto molare, fig. 11.ª, e la corona di un altro molare, fig. 12.ª e 13.ª L'esame poi di queste ossa facea supporre che in alcune di esse lo sviluppo ben presto si fosse arrestato, in altre invece a tempo più o meno lungo si fosse protratto.

Pertanto, da ciò che sono venuto esponendo, per prima cosa si rende palese che io mal non mi apposi quando, ad onta delle più seducenti apparenze, temetti d' assoggettare questa vecchia donna alla cistotomia epipubiana, avendo diffatti l'autossia reso patente che le importanti parti costituenti quella regione, come erasi sospettato, trovavansi fra loro riunite da così forti ed inestricabili vincoli, da rendersi impossibile lo estrarre per quella via la calcolosa concrezione senza arrecare le offese più gravi. E ciò valga a porre in guardia i chirurghi, affinchè non cimentino la epipubiana

cistotomia, se prima non siansi ben bene accertati che la regione sulla quale deve cadere il coltello, è immune da quelle temibili anatomiche alterazioni che renderebbero l'operazione ingiustificabile.

Questa autossia poi, mentre pose in evidenza il modo veramente ammirabile con cui natura tentò dopo molti anni di silenzio d'eliminare dall'addome per la via della vescica urinaria quegli avanzi fetali, diede altresì plausibile spiegazione del tardo apparire dei fenomeni denotanti la presenza di un corpo estraneo così voluminoso in vescica. Ma questa istessa autossia non fu per altro sufficiente a mettere in chiaro la vera origine di quelle ossa, ed a permettere di stabilire con fondamento se le medesime spettavano indubitatamente ad una gravidanza estrauterina, o se invece non era fuor di proposito il credere che la loro derivazione potesse essere ben diversa.

Che se il precisarlo tornava nel caso mio affatto inutile, giacchè la sola indicazione cui adempiere si poteva era quella di togliere dall'otre urinoso quell'ospite importuno, non sarebbe d'altronde ciò stato in altre circostanze indifferente, come ne dà prova il fatto che qui trascrivo.

Narra il Lentin (1) che nel 1744 nacque una bambina col ventre piuttosto grosso, nella quale al 15.° anno divenne così tumido, da farla ad alcuni malevoli credere incinta. Ma infiammatasi la regione ipogastrica, e poscia esulceratasi, ne escirono in un colle marcie tre denti della grandezza cui sogliono apparire all'età di sei a sette anni. Ebbero sfogo pure per quell'apertura dei peli e delle carni corrotte, e siccome altre ossa in quel cavo nascondevansi così il Lentin, mediante due ampie incisioni dalle quali sgorgò enorme copia di sangue, le portò fuori, e fra queste trovò un bel pezzo di mascella in cui erano infitti altri grossi denti. Ma mentre

(1) Observationum medicarum fasciculus 1. Lipsiae et Guelpherbyti 1764 pag. 59.

tutto questo provava l'origine antica di quelle ossa, e ne destava le meraviglie, valeva pur anco (e ciò maggiormente interessa) non solo ad escludere la gravidanza normale, ma bensì la estrauterina, e per tal modo era salvo l'onore di quella innocente fanciulla.

Fatto rilevantissimo che servir deve d'ammonimento ai medici legisti ed agli ostetrici, acciocchè non dichiarino inconsideratamente la esistenza di una gravidanza estrauterina, quando questo erroneo giudizio possa arrecare grave offesa al pudore di donna casta e morigerata.

E bene a ragione dobbiamo tributare degne lodi specialmente al Fattori, che con numerosa serie di osservazioni squarciò il velo che, fino in tempo a noi non molto lontano, adombrava di cotali sorprendenti innormalità la vera origine, e che sceverando il fantastico dallo incerto e dal vero, e riferendosi a quanto fu scritto su tale argomento da uomini preclari e degni di tutta la fede, nel periodo di quasi dieci secoli, e cioè dall'anno 896 al 1815, pose in evidenza, che le innormalità anzidette erano riferibili a congenite mostruosità (1). I quali studi continuati poi con quello spirito indagatore, che per certo ai nostri dì non manca, furono sorgente di nuove ed utilissime cognizioni pel patologo e pel pratico. E di vero per mezzo di essi apprendemmo che, allorquando due o tre ovicini fecondati si compenetrano e si svolgono, non solo i rispettivi embrioni od i feti ponno trovarsi in causa di ciò, e senza danno, racchiusi in un medesimo sacco e nudriti da un' unica placenta, ma che questi istessi feti, in altre assai malaugurate circostanze, e per cagioni varie ed incognite, ponno rinvenirsi invece riuniti in modi così intimi e stravaganti, da derivarne mostruosità inconciliabili colla vita estrauterina, e di natura tale da non permettere ad uno dei feti di sopravvivere, senza che del pari altrettanto avvenga

(1) De' feti che racchiudono feti, detti volgarmente gravidi. Opuscolo storico fisiologico. Pavia 1815.

dell'altro. E ciò che più monta, questi medesimi studi valsero pure a dimostrare, che in ben diversi casi gli attacchi che i due feti hanno contratti, non sono fortunatamente sì temibili da impedire di toglierli arditamente e senza incorrere in pericoli gravi, ed anzi, quando si tratti soltanto di embrionali rudimenti attaccati ad un feto ceppo determinanti lievi imperfezioni, ponno le medesime od essere abbandonate a loro stesse, od artificialmente e con facilità tolte, o corrette (1). E se pure avvenga che uno di questi parassiti si

(1) Crederei di commettere una omissione gravissima se tralasciassi di qui riportare la storia di un caso veramente interessante riferita all'Accademia di Scienze, Lettere, ed Arti di Modena nel 1862, da un mio Chiarissimo Collega, il Prof. *Giuseppe Generali*, di cui ora deploriamo la perdita, il qual caso, osservato nella specie umana, offrì tali particolarità da poterlo ritenere forse unico alla Scienza, e serve di piena conferma a quanto ho ora indicato.

Certa Maria Messori fu ammessa nella Clinica Chirurgica dell'Università di Modena sul finire del Novembre 1858. Contava ella in allora l'età di circa 17 anni, mostravasi di temperamento bilioso-sanguigno, di costituzione robusta, era dessa da poco più di un anno regolarmente mestruata, di media statura, di forme pressochè civili.

Osservavasi in lei una congenita deformità nella regione facciale dalla parte destra, e precisamente in corrispondenza alla branca orizzontale della mascella inferiore. Da questo sito sorgea una elevatezza pressochè piramidale a base allargata e ad apice troncato. Si elevava dal livello delle altre parti per 4 centimetri, la circonferenza della base corrispondea a circa 18 centimetri, era diretta a destra, ed un poco inclinata al basso. L'apice troncato che guardava allo esterno, piuttosto che all'avanti, trovavasi aperto e pertugiato: tale apertura ammettea con molta facilità l'introduzione del dito indice, il contorno di essa presentava un orlo rosseggiante, corallino, ben limitato all'esterno, leggermente pieghettato, da considerarlo un vero labbro il quale, verso l'alto ed all'esterno, segnava come un rafe, ossia la riunione del labbro ravvolto sopra se stesso. Questo pertugio frattanto era a considerarsi come una vera ma imperfetta bocca, od apertura orale, che mettea capo in una cavità cieca ricoperta da una vera membrana mucosa, rossigna, sottile, umettata e sparsa di follicoli. L'umore che ne spalmava la superficie libera era

trovi internato in qualche importante cavità, non di rado è possibile lo estrarlo, o vi rimane latente per tutta la vita.

bianchiccio, spumeggiante, aveva tutti i caratteri della scialiva, e si presentava facilmente all' apertura orale e alla superficie del labbro sotto i movimenti. Tale cavità orale anormale, od accessoria, non aveva alcuna comunicazione colla normale e principale cavità della bocca. I movimenti di quest' ultima facevano muovere eziandio il contorno dell' apertura orale accessoria, e sotto questi movimenti, specialmente di chiusura, si presentava all' orifizio di essa l' umore salivale, il contorno si raggrinzava come un' apertura provvista di sfintere, e tenendo sotto questo movimento il dito nell' apertura, si sentiva questo lievemente compresso, come quando appunto si stringono le labbra. Al contrario l' apertura orale accessoria si allargava e specialmente in senso obliquo ed all' esterno, allorchè la giovinetta ridea. In questi movimenti l' angolo destro della bocca principale si mostrava alcun che contorto.

Dentro alla cavità orale accessoria si accorgea all' esplorazione tattile, ed anche alla vista, che ci si trovava una sostanza dura, ossea, ricoperta di parti molli e di tessuto gengivale, in mezzo al quale sorgeano dei denti bianchissimi e bene sviluppati; cominciando dall' alto ed all' esterno, un dente molare, poi tre denti incisivi, indi un altro molare, poi un quinto appena spuntato in basso: tali denti erano ravvicinatissimi, corrispondeano ad un piccolo arco di cerchio, ed abbracciati si vedeano da una vera gengiva, la quale forse, atteso il grande ravvicinamento, presentava fra i denti all' interno dell' arco di cerchio una molle e rossa piccola prominenza, che quasi l' avresti detta un informe apice linguale. La parte dura ossea sopra la quale erano impiantati i denti, poggiava sulla porzione orizzontale della mascella inferiore, verso l' angolo mascellare e dalla parte esterna, e si estendeva dal punto ove corrispondea il secondo dente incisivo sino in vicinanza dell' angolo mascellare alla base dell' apofisi coronoide. Insomma scorgevasi in questa parte una vera cavità orale, munita della sua apertura contornata da labbro, dentro alla quale corrispondea un osso mascellare inferiore, accessorio, imperfetto, provvisto di denti abbracciati da tessuto gengivale, tappezzata da una membrana mucosa e secernente umor salivale. All' esterno la prominenza era coperta da una cute normale, che facea seguito regolare con quella del rimanente della faccia, senza traccie di demarcazione.

Esaminata con attenzione la mascella inferiore principale, si mostrava dessa regolarissima, i denti di cui era provvista si trovavano in numero,

purchè un lavoro eliminatorio da se solo, e senza altro aiuto, non lo scacci dal corpo.

in ordine, in conformazione normali, belli, bianchissimi, si contavano quindi da ogni lato due incisivi, un canino, e quattro molari (uno di questi, il terzo a destra, era cariato): mancava l'ultimo molare o dente della sapienza, che non suole comparire fin oltre i 20 anni. Erano tutti bene e stabilmente impiantati nell'osso della mascella; la loro configurazione li facea conoscere per denti permanenti, e già ricordava la Messori di avere perduti in diverse volte i denti della prima dentizione, o decidui. Insomma la mascella inferiore principale era in tutta la sua integrità e normalità, meno l'impianto all'esterno di essa di un'altra mascella accessoria, imperfetta.

Oltre quest'esame anatomico della parte, il Prof. *Generali* non trascurò qualche osservazione fisiologica, quindi, come si disse, egli si fece carico dei movimenti di apertura e di chiusura della cavità orale accessoria, non che della funzione muco-salivale che dentr'essa si effettuava. Di più aggiugnerò che volle tentare con un esperimento, se in questa cavità percepivasi la sensazione dei sapori. Spalmate pertanto le labbra, e più poi introdotta nella anormale cavità orale una doserella di un grano di estratto di legno di quassia amara, il quale facilmente e prestamente si sciolse nell'umore salivale entro contenuto, non diede la Messori il minimo indizio di sentire l'amaro di quella sostanza, e mostrò solo di percepire le sensazioni tattili.

Il *Generali* volendo classificare la descritta mostruosità, la riferì ai mostri doppi, dell'ordine parassitario, della tribù dei polignati, e al genere che egli chiama degli *anagnati*.

Lo stesso Prof. *Generali* poi, per togliere dal volto della Messori questa mostruosità, la mattina del 29 Gennaio 1859, alla presenza di chiarissimi Professori, eseguì la operazione chirurgica che qui riporto.

Collocata la giovine su di un letto, in tale atteggiamento da rimanerci come seduta, con un bistorino convesso fece egli una prima incisione nella regione mentale, paralella all'andamento del secondo dente incisivo della parte destra, cominciandola circa quattro linee di distanza dal lembo libero dell'orlo labiale, e la diresse verticalmente in basso fino al dissotto della linea che segna la branca orizzontale della mascella inferiore, di poi eseguì una seconda incisione pressochè paralella alla prima ed in corrispondenza all'angolo pure destro della mascella inferiore, le quali due verticali furono ricongiunte con una terza orizzontale che

Ciò posto di leggieri si apprende, che ripensando ad alcune particolari circostanze notate nella nostra vecchierella,

arrivava ai due estremi inferiori delle prime, e rasentava la parte superiore dell'orlo labiale dell'apertura orale accessoria: le due prime incisioni interessavano tutta la grossezza delle parti molli e s' approfondavano quindi insino all'osso, la terza orizzontale, solo penetrava nella cavità orale anormale. In tal modo era circoscritto un lembo quadrilatero, attaccato alla parte superiore della faccia, che fu subito arrovesciato in alto, lasciando aperta e spalancata la cavità orale accessoria, senza esser penetrato nella cavità naturale della bocca.

Per il completo rovesciamento di questo lembo divenne necessario sbrigliarlo da diverse pieghe della membrana mucosa anormale: pochi vasi arteriosi vennero lesi, e bastò la semplice torsione di due arteriuzze a fermare lo scolo sanguigno. Di tal modo rimaneva pienamente a scoperto la produzione ossea sulla quale erano impiantati i cinque denti che si scorgevano attraverso la bocca anormale. Una tale cavità appariva totalmente coperta dalla membrana mucosa bianco-rosea, meno i punti dove si era praticato il sopradetto sbrigliamento, e ad una gran parte del fondo di essa cavità corrispondeva una prominenza ossea la quale, cominciando verso l'esterno in rapporto coll'angolo mascellare, sorgeva in forma quadrilatera elevata dal livello della cavità circa tre millimetri, larga quindici millimetri, ed allungantesi verso la linea mediana per circa 25 millimetri, per allargarsi ed ingrandirsi a forma di grosso tubercolo del volume di circa una noce moscata, sulla sommità e contorno del quale sorgevano i cinque denti già accennati. Il tutto era ricoperto dalla membrana mucosa.

Per procedere col bistorino al taglio delle parti molli della base del tumore, il Prof. *Generali* lo comprese in una proporzionata incavatura appositamente praticata in una lastra di latta che servì ancora a sostenere il lembo rovesciato in alto, ed a difendere le parti molli che dovevano preservarsi dall'azione degli strumenti coi quali successivamente doveasi agire. Così disposte le parti, collocò egli nel solco che risultò dalla sezione delle parti molli fatta alla base del tumore la sega articolata di *Jeffrey*, e con questa cominciò la segatura dell'osso soprannumerario, ma ben presto si accorse essere impedito il progredire della sega dalla resistenza che opponeva un corpo duro, che ritenne essere una radice di dente, ed intaccabile dalla sega. Cessando quindi l'azione di questa, diede mano a robusto scalpello posto nel solco iniziato dalla sega

non sembrava poi del tutto strano il supporre che le ossa rinvenute nell'addome della medesima appartenere potessero a quest'ultima specie di inclusione mostruosa, piuttosto che a pregressa estrauterina gestazione. Egli è ben vero che volendo tenere a calcolo la rarità della prima a fronte della seconda, inclinar si dovrebbe a credere che invece quest'ultima fosse la più probabile, ma d'altra parte se si pon mente che la donna non fu mai soggetta ad alcuno di quei funzionali disturbi che non sogliono disgiungersi anche dalla estrauterina gravidanza, che le mammelle e gli organi generativi di essa lei non mostrarono giammai indizio alcuno di quei sensibili mutamenti che pur sogliono in codesti casi avverarsi, sarà giuocoforza il rimanersi almeno perplessi, ed il non pronunziarsi, e ciò anche perchè l'età avanzata in cui

al di sotto del grosso tubercolo osseo, che con adattati e forti colpi di martello si frantumò ben presto, spostandosi nel tempo stesso i cinque denti che vennero levati con facilità, insieme ai frammenti ossei alveolari ed alle parti molli gengivali. Levato così questo pezzo osseo, fu egli sorpreso di trovarvi al di sotto vari altri denti solidamente innicchiati nel più profondo dell'osso e variamente disposti, e questi denti erano quasi tutti grossi molari a due e più robuste radici. Collo scalpello impiantato di fianco, e battuto col martello, si spostarono a fatica e si levarono colla tanaglia in numero di sette, e colla stessa tanaglia si asportarono i frammenti ossei dei rispettivi alveoli. Levati tutti i denti e regolarizzato quanto meglio si potè il fondo osseo, procedette il *Generali* al distacco intero della membrana mucosa che ricuopriva l'interna superficie rovesciata del lembo onde rendere sanguinante quella superficie. Di poi escise colle forbici le sovrabbondanti parti molli comprendendo in esse la bocca anormale. e fatta la torsione di parecchie arteriuzze, abbassò il lembo quadrilatero, praticò la sutura attorcigliata con otto spilli, e così ricompose la parte che rimase a vederla in uno stato pressochè naturale. Fatta una conveniente medicatura l'operata fu posta nel suo letto contentissima del suo stato.

Tutto procedendo in seguito, prosperamente nell'ottavo giorno cominciò ad alzarsi dal letto, e nel 18.°, potendosi dire guarita, ed il suo volto mostrandosi quasi perfetto. venne rinviata alla propria famiglia.

trovavasi l'inferma, escludere non potea la possibilità della mostruosa inclusione, come ne fa senza dubbio piena fede un fatto magnifico da me stesso non è molto osservato.

Ma prima che ne parli, e che lo ponga a far parte del quadro di queste mostruosità, non voglio lasciarmi sfuggire sì propizia circostanza senza esternare al dott. *Costantino Paul* il mio vivo rammarico, per non avere io trovata fra le varie osservazioni di mostruosa inclusione addominale da esso lui d'altronde con tanto accorgimento raccolte (1), quella preziosissima di cui fa cenno il celebre nostro *Alessandrini*; colla quale omissione, se egli tolse molto pregio al suo lavoro, mise poi me nell'obbligo di riporla in piena luce, sia perchè la sua conoscenza dimostra sempre più che gli studi di simile mostruosità grandemente concorsero ad arricchire altresì la chirurgia operatoria di utilissimi risultati, sia perchè il ricordarla torna a speciale onore della scuola nostra la quale, colle sue splendide investigazioni, potè conservare alla Teratologia quel lustro, che già da oltre tre secoli, le avea procacciato l'Aldrovandi colla sua opera intitolata *Monstrorum historia,* e colla quale rimane fissata l'era del positivismo nello studio de' mostri (2).

L'*Alessandrini* infatti nella seduta del 9 Dicembre 1858, comunicando a questa Accademia le osservazioni da esso lui fatte intorno ad alcuni tumori cistici ripieni di peli e di umore sebaceo concreto, accennò ad altri contenenti una sostanza pinguedinosa finamente vescicolare con molti frammenti ossei e cartilaginei, e fra questi tumori si occupò specialmente di uno degno di vera considerazione, e che è quello cui alludo, intorno al quale ecco cosa ne disse (3).

(1) Archives Générales de Médecine. Paris 1862.

(2) Vlyssis Aldrovandi Patricii Bononiensis Monstrorum historia. Bononiae MDXLII.

(3) Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna Serie I. Tomo X Pag. 3. Descrizione dei preparati più interessanti di Anatomia Comparata dell'Università di Bologna, 1854.

Il chiarissimo collega Prof. *Marco Paolini*, attentissimo nello scegliere e conservare tutto ciò che può servire ad illustrare ed ampliare la Scienza fisiologica che con tanta fama coltiva e detta dalla Cattedra, il giorno 27 Agosto 1852, trovandosi alla Direzione delle Terme Porrettane, inviommi un caso importantissimo di mostruoso sviluppo che accompagnò colla seguente indicazione.

. Due giorni sono, ' scrive il *Paolini*, mi fu portato, da Gaggio, un bambino nato da trentasei ore, il quale presentava la seguente anomalia. Ben conformato nell' universale del corpo, aveva nelle natiche due corpi sferici alquanto appianati coperti dai comuni tegumenti, nel mezzo dei quali corpi si osservavano manifeste traccie di un funicolo ombelicale rudimentario, e che la mammana affermava di avere troncato dopo il parto senza alcun inconveniente, avendo legato e tagliato secondo le regole il naturale funicolo. Il corpo occupante la natica sinistra sembrava aderente alle ossa della pelvi, ed attentamente esplorato si distinguevano facilmente sotto la pelle alcune costole: quello della destra natica più voluminoso, e quasi per intero libero, aderendo per corto peduncolo, presentava nella sua curvatura superiore un dito regolarmente conformato, e che avea le apparenze del dito medio della mano di un bambino. Siccome quest'ultimo corpo, pendente dalla natica, poneva grande impedimento alla fasciatura del neonato, e compresso nella posizione supina, riusciva cagione di dolore, perciò stimossi conveniente lo eseguirne l'asportazione. Ciò venne fatto senza incontrare nessun accidente, godendo il bambino di ottima sanità.

Quantunque, dice l'*Alessandrini*, per alcune delle esterne apparenze il tumore sembrasse appartenere alla serie dei cistici sotto-integumentali sarcomatosi, tuttavia la coesistenza di altro analogo tumore nella sinistra natica attaccato alle ossa pelviane in modo da non potere permettere di toglierlo senza

incorrere in gravi pericoli, il quale avea anche più evidentemente indizi di costruzione fetale, come chiaramente lo accenna il citato scritto del *Paolini*, mosse il fondato sospetto trattarsi piuttosto di quella rarissima forma di mostruosità nella quale trovansi fuse insieme delle parti appartenenti a tre distinti individui, uno dei quali completo, gli altri due incompleti quasi parassiti del primo (1). L'ispezione anatomica del tumore estirpato confermò un tale supposto, giacchè non solo trovossi nel medesimo l'apparenza del dito medio d'una mano d'un feto a termine, che spunti dalla di lui superficie, ma si rinvenne nello interno di questo tumore, in prossimità della indicata appendice, una serie di pezzetti ossei cartilaginei cilindrici, e sotto la base dell'appendice stessa si scorse un ossetto che ricordava un metacarpo articolato colla prima falange, la quale, in un colla seconda, aveva una lunghezza quasi maggiore del doppio di quella che compete ad un neonato a termine di gravidanza.

Questo straordinario caso pubblicato dall'*Alessandrini* mi interessava troppo non fosse obbliato, specialmente pel chirurgo operatore; avvegnachè serve vieppiù a comprovare, che anche allorquando la mostruosa inclusione addominale è soltanto esterna, cionnullameno il parassita può trovarsi riunito all'individuo ceppo, ora con aderenze così intime da non permettere di staccarnelo senza incorrere in gravi pericoli, ed ora invece con così inconcludenti attacchi da lasciare campo d'agire sul medesimo con tutta quanta la sicurezza (2).

(1) Il Fattori pel primo descrisse nella succitata opera una mostruosità molto interessante di questo genere, e da lui osservata nel 1810; uno dei parassiti era nell'addome, l'altro al perineo. Il feto in cui notossi questa mostruosità era di sesso femmineo, e non sopravvisse.

(2) Da una storia riferita dal sig. dott. Giuseppe Sampson Gamgee e pubblicata nella sua opera intitolata Researches in Pathological anatomy and Clinical Surgery London 1856, risulta che egli si trovò presente alla castrazione di un cavallo poledro fatta eseguire dall'Alessandrini nella

Ed è pur bello l'esempio di quest'ultima specie reso noto non è molto dall'onorevole dott. *Giuseppe Corradi*, il quale fu uno dei nostri allievi più distinti, ed ora pei suoi talenti ha l'onore d'appartenere come assistente alla Clinica Chirurgica nel R. Istituto di studi superiori pratici e di perfezionamento in Firenze.

Narra infatti il Corradi con molta perspicacia la storia di una bambina fornita di un terzo arto inferiore (1), la quale d'altronde era perfettamente conformata, e nel suo più completo e rigoglioso sviluppo, e nota che, venuto essendo nella certezza che l'imperfetto arto accidentale non avea temibili relazioni anatomiche colla bambina che lo portava, ne eseguì per questo nel modo il più felice e spedito l'amputazione (2).

Operazione, che per contrario non si sarebbe certamente potuta compiere con pari agevolezza (se fossero vissuti) su due feti i di cui tronchi erano fusi nella pelvi, la quale pure trovavasi fornita non solo di due arti inferiori normali, ma ne portava altresì due innormali scambievolmente riuniti in

Clinica Veterinaria, e che in uno dei testicoli di quell'animale si rinvenne un osso, non che parti organiche tali da far credere trattarsi di una mostruosa inclusione testicolare. Questo pezzo patologico venne depositato nel Museo di Anatomia Patologica Comparata diretto dallo stesso Prof. Alessandrini.

(1) Di una mostruosità parassitaria perineale felicemente tolta con operazione chirurgica. Firenze 1865.

(2) Un distintissimo mio collega che fu un tempo mio discepolo, il dott. *Andreini*, mi scrive da Algeri in data 25 giugno 1867, che trovandosi a Firenze e visitandone il giardino zoologico vi rinvenne una vacca vivente a cinque gambe. Quella quinta gamba, egli dice, consiste in un'appendice che pende lungo il lato destro del corpo dell'animale partendosi dal lato corrispondente della colonna vertebrale fra la sua regione dorsale e la lombare, per cui è a credersi che se la speculazione non vi si opponesse, si potrebbe facilmente liberarne la bestia, quando nell'interesse però della scienza non convenga meglio mantenerla nella sua integrità.

guisa da formare una specie di coda, e così immedesimati colle ossa pelviane, da non poterli da esse disgiugnere senza incorrere in gravissimi rischi, come chiaramente apparisce osservando quello scheletro, il quale ebbi in dono dal sig. dott. *G. B. Menarini* medico in Budrio, e ad ornamento, collocai in questo Museo di Ostetricia quando ne era il Direttore.

Ma non volendo più oltre dilazionare ad occuparmi del caso di mostruosa compenetrazione intra-addominale, che mi interessa sia conosciuto, perchè serve a meraviglia, siccome mi proposi, a comprovare fuori di ogni dubbio che l'indicata mostruosità può rimanersi latente anche fino ad un'età molto avanzata, ne espongo quindi ora la storia.

Il sig. conte Francesco Mancurti, nato in Imola da sani e robusti genitori, venne alla luce senza che facesse conoscere nel suo corpo manifeste anomalie od imperfezioni. Visse egli in perfetta salute fino ai 20 anni, ed in allora soltanto cominciarono a manifestarsi in lui delle turbe nervose, e poscia ebbe a patire molestie addominali prevalenti alla regione ombelicale ed alla epicolica sinistra a stipsi associate. Per siffatti incomodi avendo ricorso a non pochi stimabili esercenti l'arte salutare pel corso di circa 30 anni, non solo i medesimi emisero molte e svariate opinioni sulla natura del male che quei fenomeni cagionava, ma tentarono ancora inutilmente non pochi mezzi curativi. Scorso essendo quindi un sì lungo periodo di tempo senza ottenere il desiato ristoro, e bramoso l'infermo di porgere un sollievo durevole alle sue sofferenze, appena ebbe preso domicilio in Bologna, e cioè nel 1857, invitò per questo l'egregio sig. dott. *Santinelli* a volerlo prendere in cura.

Coi diligenti esami che egli istituì, ecco ciò che gli riescì di conoscere. L'infermo era di mezzana statura, di temperamento linfatico nervoso, di corporatura simmetrica, la sua faccia vedevasi piuttosto patita, e la cute aveva il colore delle clorotiche. Esplorati nel dovuto modo gli organi toracici,

si rinvennero nello stato il più perfetto. Non era a dirsi lo stesso dello addome, giacchè nella regione ombelicale ed epicolica sinistra rinvenivasi una tumidezza profonda, di figura irregolare, con battiti arteriosi comunicati dall'aorta, battiti che avevano tratto in inganno altri curanti, i quali temettero d'una dilatazione di questo vaso. Premendo quella tumidezza, l'infermo ne risentiva molestia, e questa era subito susseguita da un malessere generale, che il malato diceva di non sapere descrivere, ma che lo faceva qualche volta svenire; oltre a ciò le funzioni della digestione mostravansi alquanto turbate.

Dal complesso di questi fenomeni, e dalla mancanza di quelli che sogliono accompagnare la presenza dei prodotti di natura maligna, il dott. *Santinelli* conghietturò che quell'organico corpo non fosse d'indole così temibile. Con questo concetto sottopose l'infermo a quei rimedi che vengono detti deostruenti coi quali parve si ottenesse un deciso vantaggio, giacchè sotto il loro uso il volume del tumore sensibilmente scemò. E siccome il dott. *Santinelli*, avveduto come è, non ometteva di osservare le feci, così con sorpresa un giorno vi rinvenne dei brani di tessuti organizzati, e più tardi continuando le sue ricerche vi trovò dapprima dei piccoli vasi, che dalla loro struttura sembravano arteriosi, poscia dei più vistosi, infine dei pezzi di grossi tronchi, e così via via dopo il lasso di oltre due anni, il tumore a gradi quasi del tutto scomparve.

Sorte però essendo di poi nello infermo nuove addominali sofferenze, io venni per questo chiamato a consulto. Udite dal dott. *Santinelli* le cose che ho narrate, e fatti quegli esami che in un caso così strano erano necessari, mi parve di potere stabilire che i tessuti organici ed i vasi più o meno grossi che erano stati emessi dall'infermo in un colle feci, appartenessero ad un corpo che non si trovasse più in organiche o vitali relazioni cogli organi addominali dello infermo, giacchè senza ammettere ciò non sarebbesi spiegato.

come quei tessuti e quei grossi vasi fossero stati espulsi senza la contemporanea emissione di proporzionata copia di sangue; e sembrommi pur certo che il corpo il quale veniva nell'anzidetto modo eliminato, prendesse la via delle ultime porzioni del crasso intestino, giacchè costantemente quei tessuti e quei vasi venivano evacuati in un colle feci, senza aver subita digestione di sorta. Osservati poi attentamente quei tessuti istessi, scorto avendo in alcuni di essi tali caratteri da accostarsi ai placentali, anche per ciò nacque in me il sospetto che in simile caso veramente straordinario si potesse trattare di una mostruosità per inclusione. Per togliere ogni dubbio, chiesi allora se oltre gl'indicati tessuti e vasi, l'infermo avea evacuato qualche ossicino. E ne ebbi per risposta dall'ammalato istesso che due giorni innanzi ne avea trovato uno molto piccolo nelle feci, che erasi dato cura di conservare perchè non sapeva capire come in quelle fosse penetrato. Vedutolo, dai suoi caratteri lo potei giudicare una tibia di piccolo embrione umano, Tav. 14.ª fig. 21.ª E mentre ciò valse a dare maggior valore a quanto avea supposto, dileguossi di poi in me ogni dubbiezza osservando, che l'infermo continuava ad emettere dall'ano nuovi tessuti organici, buon numero di vasi, e di questi parecchi molto grossi, fig. 22.ª e 23.ª, non pochi frammenti ossei, ed alcuni piccolissimi ossicini, fra i quali noterò specialmente varie costoline, fig. 24.ª, ed una vertebra, fig. 25.ª

Noterò poi che il peso complessivo dei varii pezzi patologici che furono raccolti, sorpassa gli ottanta grammi, e renderò pur noto che mercè il regime cui venne sottoposto il sig. conte Mancurti, il quale ora conta l'età di 64 anni, trovasi il medesimo liberato dalle antiche sofferenze, non ha più traccia alcuna della preesistente intra-addominale tumidezza, gode della più perfetta salute e di non comune vigoria.

Confermato adunque essendo indubitamente colla esposizione di questo fatto, che mostruosità per inclusione

addominale possono rimanere sconosciute fino ad età avanzata, si rende per ciò stesso (come era mia brama di comprovare) sempre più dubbia la vera origine delle ossa rinvenute nell'addome e nella vescica urinaria della vecchia donna, della quale a lungo superiormente ragionai, per cui ritenendo io che non sia stato del tutto inutile lo averne esposta la storia, darò ora termine al presente mio scritto colla narrazione di un altro caso di compenetrazione mostruosa, bensì differente da quello poc'anzi descritto, ma che per altro ritengo di non minore interesse.

Nel mese di Settembre 1864 fu portato in mia casa dalla propria madre il bambinello Gisberto Stefani, nato da otto mesi e mezzo, il quale aveva una tumidezza allo scroto dal lato sinistro, che piccolissima essendo quando egli aprì gli occhi alla luce, andò man mano crescendo in modo da eguagliare il volume di un grosso ovo di gallina. Avendo la madre perduta la fiducia di vedere sparire quel gonfiore coi mezzi suggeritile, e temendo che il male potesse farsi serio, per togliersi dall'angustia che l'opprimeva erasi risoluta di sentire cosa io ne pensassi.

Osservati attentamente i genitali del bambinello, ne vidi il pene piccolissimo, il testicolo destro normale, e nella regione sinistra dello scroto rinvenni un grosso tumore comprendente il testicolo di quel lato, anteriormente ed in basso fluttuante, piuttosto duro posteriormente. Accostando poi la fiamma di una candela al tumore mostravasi esso trasparente, là dove la fluttuazione sentivasi manifesta.

Questo esame faceva conoscere che il tumore conteneva del siero in certa copia, e dava luogo a sperare nel tempo stesso che non fosse di natura maligna, sia perchè era congenito, sia perchè era ottima e florida la costituzione del bambinello. Collo scopo però di meglio stabilirne la natura, proposi la punzione dello scroto, che nel momento non venne accettata, ma che però la madre fece eseguire da un chirurgo pochi giorni appresso. Scorse diciasette giornate dalla

operazione, la madre tornò a me col suo figliuolo annunziandomi che la parte operata trovavasi molto malconcia. Diffatti scoperto avendo il bambino osservai lo scroto, assai gonfio e duro, e tosto mi avvidi che dall'apertura fatta col trequarti, e di molto ampliatasi, sporgeva una piccola ciocca di neri peli. Sorto allora in me il dubbio della esistenza di un parassita entro lo scroto, proposi di ampliare la morbosa apertura, sia per dare facile escita alle marcie raccolte, sia per conoscere con tutta sicurezza se mi era o no ingannato, sia per potere agire sul nascosto corpo in quel modo che sarebbe stato più acconcio.

Non vi si oppose la madre, per cui penetrato essendo attraverso l'apertura esistente nello scroto e fino entro la vaginale con un bistorino bottonato, incisi col medesimo ampiamente la borsa in un colla vaginale stessa tanto in alto, quanto in basso. Ma appena ebbi ciò fatto, e sgorgate che furono non poche marcie, mi accorsi tosto che il nascosto corpo era rivestito da tessuto cutaneo, e ciò vieppiù confermò la mia supposizione. Allora, per procedere colle dovute cautele, lo isolai col dito dallo interno della vaginale, il che mi riescì facile essendone quasi del tutto staccato, e soltanto in alto trovandosi fortemente unito al testicolo mediante grosso e corto peduncolo.

Questa particolare disposizione anatomica mi permise di demolire il tumore rispettando il testicolo, rasente il quale quindi lo staccai dopo avere legato il corto funicolo cui era appeso. Di poi intromisi nella cavità della vaginale e contro il testicolo alcune filaccie, e cuoprii lo scroto debitamente con pannilini e con fascie. In seguito non trascurai di vedere giornalmente il piccolo operato, di cui si ottenne in poco più di un mese la completa guarigione, apparendo il testicolo integro e nella posizione normale (1).

(1) Il fanciullo, che ha di presente circa cinque anni, fu presentato all'Accademia delle Scienze nella sessione del 29 Novembre 1866, in cui

Anche in questa occasione il Prof. *Calori* fu cortese d'esaminare quel corpo che alle sole esterne apparenze venne riconosciuto essere un mostro, ed ecco quali ne furono i risultati necroscopici che ho fatti rappresentare in apposite figure delineate nella Tav. 14.ª

Nella fig. 18.ª questo Zoomilo si mostra nella sua faccia concava, che dirò ventrale, perchè in lei si impianta il peduncolo o funicolo col quale il mostro stesso era attaccato al testicolo.

Nella 19.ª fig. il medesimo Zoomilo è rappresentato dalla faccia convessa, che dirò dorsale per opposizione all'altra.

Nella 20.ª fig. vedesi lo stesso Zoomilo aperto nella regione ventrale.

Queste tre figure sono di grandezza naturale, ed in tutte e tre, le lettere che sono ripetute indicano i medesimi oggetti. Laonde in *a* vedesi la faccia concava o ventrale del mostro, in *b* la faccia convessa o dorsale del medesimo, in *c* dei piccoli peli di questa, in *d d* dei peli più lunghi situati sul limite che distingue le due faccie, in *e* una fossa che indicherebbe quasi un'apertura dell'apparecchio digerente od una cavità viscerale simile a quella dei polipi, in *f g h* tre appendici inferiori nella media delle quali è rinchiuso un dente, in *i k l* altre tre appendici superiori nella prima delle quali racchiudesi pure la corona di un dente, in *m* il peduncolo del mostro, funicolo tortuosissimo fatto a somiglianza di cresta e aderente per la massima parte alla faccia ventrale del mostro, in m^2 veggonsi trasparire dei vasi sanguigni accompagnati da nervi, in *n n n n* scorgonsi i lembi della sezione praticata nella faccia ventrale anzidetta, in *o o* osservasi sostanza fibrosa contenuta nelle appendici *f h* aperte, in *p* la corona di un dente mascellare contenuta nell'appendice *g*, in q q^2 l'interno dell'appendice *k* aperta, nella *q* vi

lessi questa memoria, e fu dagli Accademici presenti pienamente confermato quanto è stato da me esposto.

è una sostanza di apparenza cavernosa, nella q^3 del grasso, in *r* la corona di un canino chiuso nell'appendice *i*, in *s* una capsula aperta contenente la detta corona, in *t* un grande osso che forse rappresenta le mascelle sole confuse insieme in una fossa scolpita in questo grande osso, la quale corrisponde alla fossa *e* superiormente notata, in *v* dei fori che occorrono nel fondo della fossa *u*, in *x x* l'orlo tagliente ed irregolare della fossa *u*, le di cui prominenze sembrano denti nel medesimo impiantati, in *z* notansi due fori esistenti nella faccia esterna dell'osso presso l'orlo prefato, dai quali fori escono due corpicciuoli fungiformi, o piriformi molli che sono due piccoli follicoli dentari, in *y y y* si scorgono tre alveoli contenenti tre germi o follicoli di denti mascellari, & & & & questi follicoli aperti, in 1 2 3 le tre corone di denti mascellari anzidetti, in 4 4 dei fascetti di vasi e nervi appartenenti probabilmente ai denti solo di questo lato, in 5 del grasso, in 6 del tessuto fibroso. La faccia dorsale poi del mostro è coperta da un tegumento simile alla pelle esteriore di un neonato, egualmente la faccia anteriore o ventrale e le appendici, ma la fossa *c* offre patente l'aspetto di una membrana mucosa.

Di questo interessantissimo Zoomilo ne resi possessore lo stesso nostro illustre anatomico che lo sezionò, al quale offrii pure in dono gli altri pezzi patologici appartenenti ai due casi di sopra descritti, e ciò in pegno della stima altissima, e del grato animo che gli professo (1).

Riassumendo ora le esposte cose, acciocchè d'un tratto apparisca quali pratiche utilità si ponno dalle medesime ricavare, tosto si apprende, che in alcuni di quei casi straordinari in cui rinvengonsi ossa od altre parti appartenenti ad un embrione o ad un feto umano nel ventre di una donna, si può errare ritenendole, senza fallo, avanzi d'una

(1) Tutti questi pezzi patologici furono di poi collocati nel Museo di Anatomia Patologica di questa Regia Università.

gravidanza estrauterina, potendo invece la loro origine essere ben diversa, ed appartenere cioè a quella singolare mostruosità addominale che per inclusione vien detta. La distinzione dei quali due fatti patologici, come dissi, è di alta importanza, quando dallo escludere fondatamente la gravidanza, anche estrauterina, e dallo ammettere invece la compenetrazione mostruosa può dipendere il far salvo l'onore di una donna non traviata, e d'intemerata condotta.

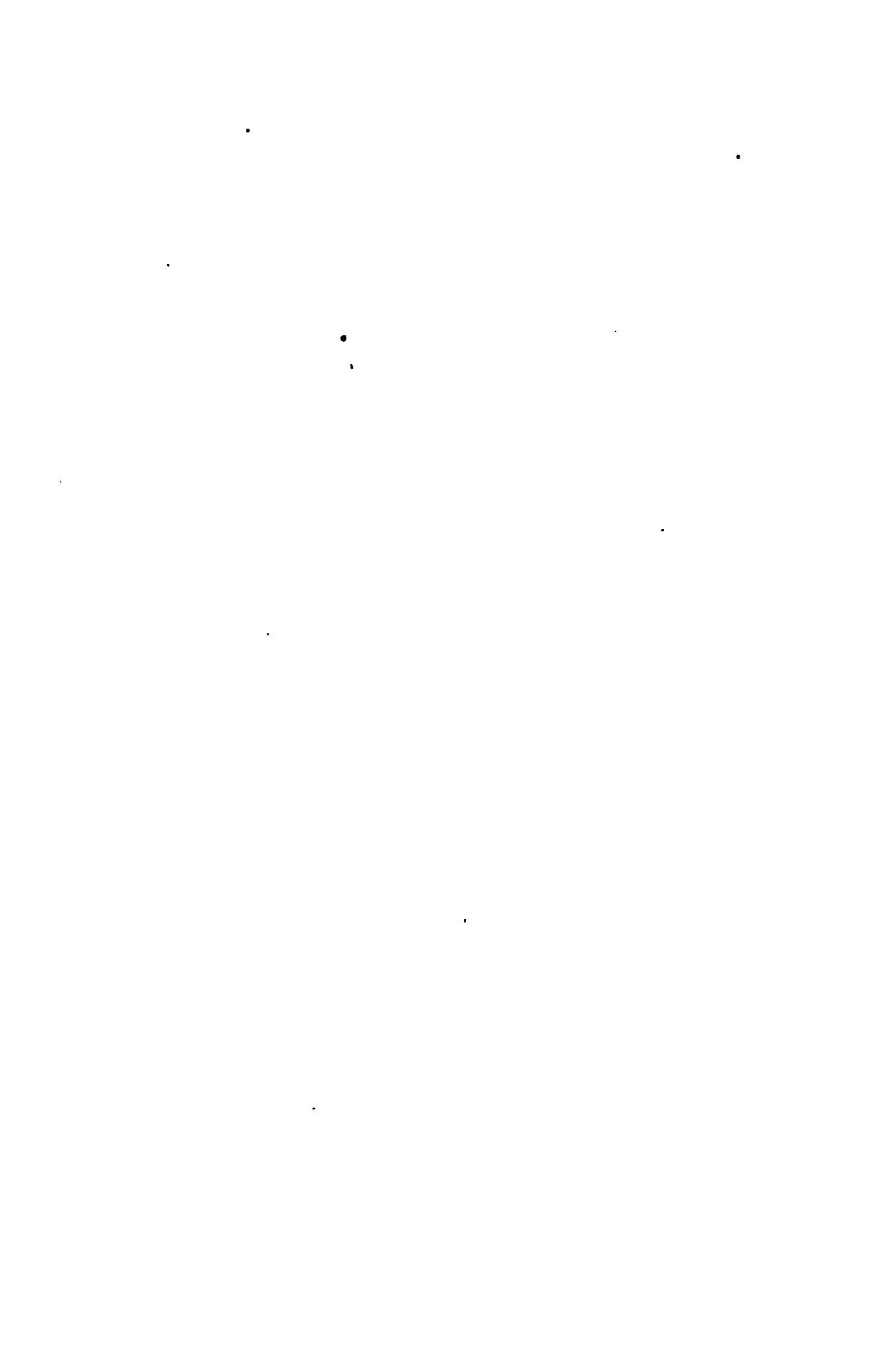
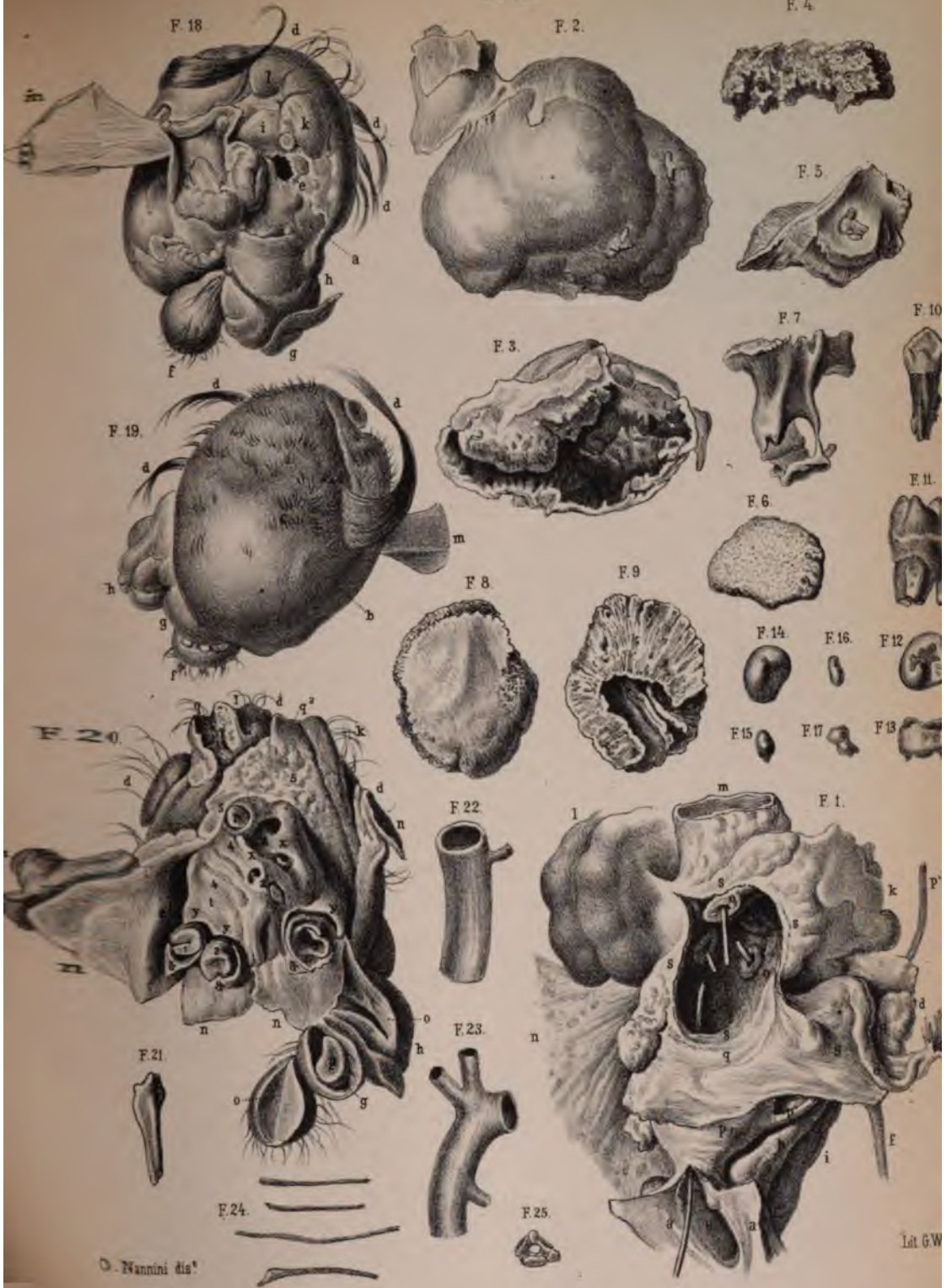
Inoltre per quanto ho detto siamo resi consapevoli, che quelle stesse ossa, che quegli stessi avanzi embrionali o fetali, qualora prendano la via della vescica urinaria, ponno ricuoprirsi di incrostazioni calcari, ed originare così una specie ben curiosa di calcoli, i quali poi, se per questa o per qualsiasi altra causa determinante la loro formazione riescissero d'enorme volume, bisognerebbe ben guardarsi di portarli fuori dalla vescica lungo l'ipogastrio, quando vi fosse ragione di sospettare che le parti comprese in questa regione, in forza di pregresse flogosi, avessero contratte fra loro tali inestricabili legami, da rendere impossibile una operazione regolare.

E così, mentre pei fatti tutti descritti è confermato che la inclusione mostruosa può notarsi non solo in ambo i sessi, ma rimanersi latente per tutta la vita, è posto pure in evidenza, che il parassita può essere eliminato in vario e stravagante modo dal corpo, e che quando la natura a ciò non è capace, il chirurgo può, se non d'ordinario, qualche volta almeno soccorrerla, ancora con operazioni di ben poco momento. E ne dà specialmente prova l'ultimo caso da me descritto, il quale oltrechè svela una nuova specie di mostruosa inclusione testicolare, dimostra che la medesima con mitissimo ed innocente processo operatorio potè essere tolta conservandosi il testicolo, ed ottenendosene così quell'esito fortunato e completo che finora non si era potuto raggiungere.

E di vero mentre sappiamo che dei dieci casi noti di mostruosa inclusione scrotale e testicolare raccolti e descritti

in una preziosa Memoria dal chiarissimo *Verneuil* (1), solamente otto vennero operati, ci consta pure che in uno di essi si praticò la legatura in massa comprendendovi il testicolo, e che il tumore cadde la quarta giornata, che in un altro il chirurgo si limitò ad incidere gli esterni tessuti per estrarre pochi frammenti, che in un terzo si stimò sufficiente il fare la demolizione della parte più saliente del tumore mediante la legatura, che in quattro si eseguì la semicastrazione nei modi ordinari, e che in un caso il solo *Velpeau* tolse del tutto il parassita conservando il testicolo; ma oltrechè l'operazione fu molto lunga, minuta, e dolorosa, sopraggiunti essendo sintomi d'infezione, l'operato dovette soccombere.

Se pertanto gli studi anatomici e pratici che i moderni proseguirono intorno questa per certo meravigliosa mostruosità, furono già fecondi di incontestabili vantaggi, il continuare nei medesimi alacremente, quando favorevoli circostanze si offriranno, somministrerà per certo al Clinico nuovi e preziosissimi lumi, non solo per cogliere con tanta maggiore sicurezza nel diagnostico, ma per istabilire su più solide basi il trattamento curativo. Ed allorquando giunga il solenne ed angoscioso momento di dovere in malagevoli casi stabilire se convenga o no togliere arditamente dall'individuo ceppo quel mostruoso fratello che gl'insidia la vita, in allora l'operatore meditando sulle cognizioni acquistate, potrà col loro appoggio di sovente, e senza ambagi, riescire a decidersi pei cimenti i più ardui e più gravi, od accorgendosi invece della propria impotenza, lungi dal por mano ad atti d'inescusabile audacia, suo mal grado preferirà di nulla osare e di rimanersi a contemplare il fine della desolante e luttuosa catastrofe come innocuo ed umile spettatore.

(1) Archives Générales de Médecine. Memoire sur l'inclusion scrotale, et testiculaire. Paris 1855.

F. 18
F. 2.
F. 4.
F. 5.
F. 3.
F. 7
F. 10
F. 19.
F. 11.
F. 6.
F. 8.
F. 9
F. 14.
F. 16.
F. 12
F. 15
F. 17
F. 13
F. 20.
F. 22
F. 1.
F. 21.
F. 23.
F. 24.
F. 25.
O. Nannini dis.
Lit. G.W

DI UNA

GLUTOPROCTORAFIA

Sebbene la fistola all'ano sia malattia d'ordinario non pericolosa, e facile a curarsi, se anzi non pochi celebri chirurghi la videro persino guarire senza alcun soccorso dell'arte, nulladimeno qualche volta codesta infermità abbandonata a se stessa dà luogo a disordini e successioni molto temibili, che assai difficilmente si tolgono, o rendono il male, come ci insegnano distinti pratici, e fra questi il *Velpeau*, del tutto insanabile.

Ed in vero, secondo questo illustre chirurgo, sono suscettibili di guarigione quei seni fistolosi formatisi ai contorni dell'ano, qualunque ne sia il loro numero, che non hanno oltrepassate le aponeurosi perineali, e sono mantenuti da un vizio soltanto locale. Ma se le fistole perdurano da lunghi anni, se sono accompagnate da seni profondi, da tane o fori che si estendano al di là del cocige, o del sacro, se i glutei sono denudati, se i muscoli elevatori dell'ano si presentano perforati, e l'intestino retto si trovi per lungo tratto staccato, e tale distacco sia al di là della portata del dito, non vi è speranza di sanare l'infermo, l'operazione riescirebbe inutile. Motivi per cui veduta l'impossibilità in questi

casi di guarire radicalmente la malattia, lo stesso *Velpeau* consiglia di attenersi puramente ai mezzi di somma nettezza, e ad un trattamento affatto palliativo.

A quanto per altro intorno a ciò opina il francese chirurgo io non posso inchinarmi, essendo riescito in non pochi casi, con opportune operazioni, a sanare radicalmente antiche e molteplici fistole all'ano, per le quali profondi ed estesi guasti ne erano derivati, dando così salute ad individui che conducevano una penosissima vita, i quali poi, e per le perdite continue di pus che dalle fistole effettuavansi, e pei tormentosi dolori che le marcie ora in un punto, ora in un altro stagnanti cagionavano, erano ridotti in così misere condizioni da mettere in grave pericolo la loro esistenza.

Che anzi, avendo io potuto guarire un individuo in cui rilevavansi al massimo grado quelle pericolose complicazioni, per le quali il *Velpeau* vorrebbe proscritta qualunque operazione chirurgica, tendente a procurare una guarigione radicale, ed avendo potuto ancora rimediare con un nuovo processo autoplastico al vasto cavo, che fu inevitabile conseguenza delle necessarie incisioni praticate onde guarire quel guasto, e pel quale assai penose conseguenze derivavano, mi lusingo non sia per riescire infruttuoso se imprendo ora a narrare quanto ho in questo caso istesso eseguito.

In Luigi Mondini Imolese, pochi mesi dopo la di lui nascita, apparvero, secondo che ne riferirono i genitori del medesimo, posteriormente e lateralmente all'ano dei tumoretti quasi indolenti ed appena infiammati, i quali dopo due mesi circa essendo passati a suppurazione, esulceratasi la sovrastante cute, diedero luogo allo sgorgo di abbondante copia di marcia. I fori ulcerosi da cui questa scaturiva non avendo tendenza a cicatrizzarsi anche dopo lungo lasso di tempo, ed il bambinello per le continue perdite di pus notabilmente deperendo, fu per ciò fatto visitare da un chirurgo. Questi dichiarò essersi già formate delle fistole all'ano, e rendersi necessario

onde toglierle, di sottoporre il piccolo infermo ad opportuna operazione. Permisero i genitori che la medesima si eseguisse, ma in onta di ciò, dopo alcuni mesi di cura rimanevano superstiti delle piaghe piuttosto ampie e profonde, e presentavansi nuovi seni, dei quali scaturiva in gran copia della marcia molto tenue e sierosa, per cui si ritenne che simili organiche alterazioni fossero mantenute da qualche osseo guasto della pelvi, al quale credendo di non potere porre riparo, si lasciò l'infermo senza alcun razionale soccorso, pronosticando del medesimo non molto lontana la morte.

Tale infausta prognosi per altro non avverossi, che anzi il malato, con sorpresa del chirurgo che ne avea tentata la cura, giunse all'età di sette anni quasi nelle medesime condizioni. Furono in quel tempo consigliati i genitori dell'infermo di farlo visitare dal Prof. *Giorgi*, il quale, dopo averlo accuratamente esaminato, dichiarò indispensabile onde guarirlo una nuova operazione, cui non vollero in alcuna maniera i genitori stessi acudire, temendo che potesse avere il medesimo infelice risultato della prima. Passò quindi il Mondini una vita molto penosa per altri otto anni, e fu in allora che esso stesso si determinò di consultare il dott. *Sabattini*, chirurgo primario in Imola, il quale dopo convenienti esplorazioni essendosi assicurato trattarsi bensì di profonde fistole all'ano, ma non complicate ad alcun guasto osseo della pelvi, come si era creduto, fece conoscere al malato, che vi poteva essere speranza di buona riuscita, ricorrendo nuovamente al coltello chirurgico cui il Mondini molto volentieri si sottomise. L'operazione fu eseguita, l'ampia piaga che ne risultò fu debitamente medicata per circa tre mesi, scorsi i quali venne inciso un altro lungo seno, le medicature furono protratte altri due anni, ma con tutto ciò niun felice risultato si ottenne.

L'infermo non per questo si scoraggiava, che anzi risoluto di tutto tentare onde pure ottenere la tanto bramata salute, si recò a Bologna per assoggettarsi alla mie cure.

Visitato da me il Mondini, rinvenni l'ano enormemente ampio, e ciò in causa delle estese incisioni che erano state necessarie onde tentare la guarigione delle fistole. Di queste però molte ancora ne riscontravo, alcune assai profonde e dirigentesi all'alto delle natiche ed agli ischi, altre insinuantesi lungo la cellulare che cuopre la superficie interna del cocige e del sacro, nel qual luogo era distrutta per la massima parte la corrispondente porzione del retto intestino. Un tessuto fungoso assai abbondante trovavasi all'ingresso dell'ano: scaturiva da questo guasto grande copia di marcia, l'infermo era denutrito, non poteva camminare pel dolore che soffriva alla parte malata, e per la debolezza del di lui corpo. Le più accurate indagini per altro me pure confermavano, non esistere alcuna organica alterazione nelle ossa costituenti la pelvi, e mi rassicuravano della integrità dei vari visceri, e specialmente degli organi polmonari, le male disposizioni dei quali ha più volte insegnato la pratica dovere indurre il Chirurgo ad astenersi dall'operare le fistole che all'ano si formano, altrimenti a rischi assai gravi vengono esposti gl'infermi.

Che se per queste ultime lusinghiere circostanze l'operazione non era controindicata, il guasto però che affliggeva il mio infermo era tale da non ammettere, secondo che ne pensavano il *Velpeau* e molti altri Chirurghi, se non che una cura palliativa soltanto, e parea per questo dovesse perdersi ogni lusinga di guarigione radicale, ma a dire il vero alcuni riflessi mi fecero concepire delle non illusorie speranze.

La esperienza infatti mi aveva più volte mostrato, che quando appunto le fistole all'ano non sono mantenute da qualche insanabile morbosità delle ossa pelviane, o quando non sono alimentate da altre parimenti insanabili generali o locali malattie, quantunque profonde e molteplici, possono essere capaci di guarigione, purchè si incida, come ha insegnato l'illustre Prof. *Burci*, quel seno che pel primo formossi, e la di cui apertura esterna comunica con quella esistente

nel retto, o non riescendo così, non si passi come è d'uso, all'apertura di tutte le fistole nel medesimo tempo, nel qual modo l'estensione, l'ampiezza, la profondità delle ferite che si producono, l'emorragia che spesso ne deriva ponno rendere l'operazione pericolosa, od anche mortale. Se invece mano mano le circostanze, e la tolleranza del malato lo permettono, si incidono quei seni che sono più accessibili, per passare poscia con maggiore facilità e sicurezza all'apertura dei più profondi; in allora, senza esporre l'infermo ad alcun rilevante pericolo, si riesce a completare l'operazione e ad ottenere la cicatrice.

Se adunque i fatti mi avevano potuto convincere che, usando delle cautele testè indicate, si giunge a guarire fistole all'ano anche assai gravi, pareva a me che alle medesime norme attenendosi nel caso gravissimo che mi si presentava potesse aversi speranza di condurlo a buon fine. La cura sarebbe stata certamente molto lunga; ma anche questo non doveva trattenere dall'operare. Egli è vero che, guarite le fistole, l'ampia apertura di già esistente nella regione dell'ano si sarebbe resa notabilmente maggiore, il che avrebbe cagionato non lievi incomodi al malato; ma questi sarebbero stati molto meglio tollerati, e susseguiti da conseguenze molto meno funeste di quelle, dalle quali l'infermo rimanendo nello stato doloroso da cui era oppresso, poteva essere minacciato. Oltre di che pareva a me che non fosse impossibile il riparare alla vasta apertura che dalle incisioni necessarie onde togliere le superstiti fistole fosse potuta derivare, nel qual modo poi si sarebbe ottenuto quel felice e completo risultato, che avrebbe servito a togliere il Mondini dalla condizione grave e penosa in cui si trovava.

Tale fu il numero e la profondità dei seni fistolosi, i quali in varie riprese vennero incisi, che non fu sufficiente un intero anno onde ottenerne la guarigione, trascorso il quale se ne rinvenne anzi un ultimo nella regione posteriore, fra il sacro e la superstite corrispondente parete del retto

intestino, del quale seno l'apertura d'ingresso era a tale altezza, da poterla sentire soltanto colla estremità del mio dito indice. Introdotto in quel foro uno specillo, questo percorreva una sinuosità della lunghezza di un pollice e mezzo. Lo stesso dito poi, spinto forzatamente più in alto che per me si potea, faceva rilevare che quella porzione di parete intestinale, la quale a formare il predetto canale concorreva, in vicinanza all'origine di questo, era attraversata da alcuni rami arteriosi assai sviluppati e notabilmente pulsanti. Circostanza assai grave, la quale ogniqualvolta io mi fossi deciso per l'incisione dello stesso seno (che per la di lui alta posizione dovea rendersi assai malagevole) tale emorragia avrei incontrata, da rendersi molto difficile il frenarla.

Per il che, onde non esporre l'infermo a così grave pericolo, e nel tempo istesso ottenere la completa guarigione del superstite seno senza ricorrere al metodo della incisione, mi determinai a tentare un mezzo che in un caso analogo al Senna era felicemente riuscito.

Questo Chirurgo infatti, volendo aprire un seno fistoloso molto profondo del retto intestino il di cui foro inferiore trovavasi al di dentro dell'ano, coll'intendimento d'evitare la emorragia che ne sarebbe derivata per l'incisione delle grosse diramazioni arteriose in esso seno serpeggianti, si servì a tale uopo dell'enterotomo che Dupuytren consiglia nella cura di alcuni ani contro natura, e fu così fortunato da ottenere una guarigione completa, senza che avvenisse il più che piccolo sgorgo sanguigno.

Nel mio infermo quindi feci altrettanto, modificando però l'enterotomo in guisa che le sue branche fossero capaci di comprimere e schiacciare egualmente in ogni punto la parete del seno su cui dovevano agire affine di ottenerne la mortificazione, nel qual modo meglio di quello di Dupuytren e di altri, potea servire alla circostanza.

Questo enterotomo a divaricazione paralella si compone di due branche disposte l'una presso l'altra ad incastro: onde

distinguerle, le chiameremo una femmina, Tav. 15.ª fig. 1.ª *a*, l'altra maschio, fig. 1.ª *b*. Ambedue nel punto *c c* fig. 1.ª, sono attraversateda una vite, fig. 1.ª *d*, che serve a stringerle assieme con una forza d'assai superiore agli enterotomi finora conosciuti. Affinchè poi all'uopo le branche stringano paralellamente e con eguale pressione in tutta la loro lunghezza, alla estremità inferiore tanto della branca maschio quanto della branca femmina, nel punto *e f* fig. 1.ª, vi è un foro entro cui si insinua una vite, fig. 1.ª *g*, lungo la quale può scorrere una rotella, fig. 1.ª *h*. Questa rotella essendo frapposta alle due branche, regola col suo avanzarsi o ritirarsi, ed in relazione alla vite superiore, fig. 1.ª *d*, l'allontanamento o l'avvicinamento della branca maschio, fig. 1.ª *b*, alla branca femmina, fig. 1.ª *a*. Si ha inoltre il vantaggio, allorchè si volesse una pressione maggiore all'apice delle branche piuttosto che alla base, di ottenerla, proseguendo ad avanzare all'esterno la rotella, fig. 1.ª *h*, che spingendosi contro la branca maschio, fig. 1.ª *b*, farà sì che mentre si allontana alla sua base maggiormente prema alla sua estremità superiore. Si avrà poi un effetto contrario girando in senso opposto la rotella e stringendo maggiormente la vite, fig. 1.ª *g*, mediante il grilletto, fig. 1.ª *i*. Tanto la branca maschio che la femmina, sono munite di solcature o denti larghi ed ottusi, onde agevolare maggiormente lo schiacciamento delle parti che vi rimangono frapposte. Per evitare poi più facilmente l'ossidazione dello strumento, il medesimo è dorato.

Lo schiacciatore si applica nella seguente maniera. Separate le due branche, si insinua la branca maschio nell'apertura d'ingresso del seno, percorrendo questo colla medesima fino alla di lui sommità, poi s'introduce la branca femmina nel retto intestino. Allora, accostando strettamente fra loro le due branche, rimane compreso così fra le medesime tutto il tratto di parete intestinale che è indispensabile l'aprire onde ridurre il seno ad una piaga piana. Dopo di ciò si stringono nel modo indicato le viti che servire devono a mantenere a

stretto contatto le branche stesse nella loro faccia interna, nel qual modo, venendo del tutto intercettato il circolo nel tratto di parete intestinale compresa fra le branche dell'istrumento, deve per questo con sollecitudine aver luogo in quello una mortificazione completa.

In tale guisa diffatti regolandosi nel mio infermo, si formò appunto l'indicata mortificazione e, staccatasi l'escara dopo tre giorni, cadde in un collo strumento, rimanendo così il seno completamente aperto, dopo di che la risultante piaga non tardò molto a cicatrizzarsi (1).

Così fu che si ottenne la guarigione dell'antica ed assai grave infermità da cui il Mondini era stato travagliato: ma perchè io ne fossi contento questo era poco. L'ampia apertura che già riscontravasi alla regione dell'ano, quando io intrapresi la cura delle descritte profonde ed estese fistole, era per le operazioni da me eseguite collo scopo di sanarle grandemente aumentata. Quest'apertura esterna od anale raffigurava un grande Ipsilon, Tav. 15.ª fig. 2.ª, i di cui rami si univano alla punta del cocige. Il ramo destro era più lungo del sinistro, e si insinuava fra il corrispondente bordo del cocige e del sacro, comprendendo i legamenti sacro ischiatici di quel lato, e porzione corrispondente di gluteo. Dal margine anteriore dell'ano alla estremità di quel ramo eravi

(1) Prendendo a calcolo l'epoca in cui questo metodo operatorio fu dal Senna e da me pubblicato, e cioè nel 1845, 1850 e 1852 rendesi evidente, che il Gerdy a torto nel 1853 lo voleva far suo, e che tutto al più esso dovea dichiararsi un nostro semplice imitatore.

Aggiungerò poi che in alcuni casi mi sono limitato a schiacciare il tratto di parete intestinale abbracciato dall'istrumento in modo da indurne tale disorganizzazione, che potesse permettere di levare poco dopo l'istrumento colla certezza che ne avverrebbe la successiva mortificazione e completa apertura del seno.

Dirò ancora che l'onorevole sig. dott. *Puglieli* ha immaginato un ingegnoso istrumento coll'intendimento d'incidere questi seni senza pericolo di emorragia.

la distanza di 11 centimetri circa. Dalla predetta regione dell' ano alla estremità del ramo sinistro vi era la distanza di più di otto centimetri, e questo era pure fiancheggiato dell' adiacente margine del cocige. I bordi di quell' ampia cavità trovavansi allontanati in modo, da lasciare facilmente scorgere la superstite anteriore parete di retto intestino.

Posteriormente, il cocige ed estesa porzione di sacro, trovavansi all' interno ricoperti soltanto dal periostio e da un tessuto cicatrizzio abbastanza compatto: un tessuto cicatrizzio pure compatto formava il restante di questo vasto e profondo cavo. Il sacro ed il cocige, erano all' esterno ricoperti dagli integumenti, i quali, verso la punta del cocige stesso, mostravansi alquanto corrugati.

Ognuno di leggieri comprende quanto ributtante dovesse essere quell' apertura, e quali pene ed incòmodi dovesse al Mondini arrecare. Bisognava adunque rimediarvi, bisognava cercare con opportune suture di chiudere quella schifosa caverna, lorda quasi sempre di feci, in modo che rimanesse soltanto un' apertura dell' ordinaria ampiezza dell' ano.

Ma con ciò avrei potuto riescire (il che sopra ogni altra cosa interessava) ad evitare l' incontinenza delle fecali materie? Io lo sperava. Rammentavo di avere letto in Morgagni (1) che il Valsalva, quantunque recidesse tutto lo sfintere in varii cani, non vide per questo l' incontinenza delle feci: che lo stesso Valsava guarì un uomo nel quale un ascesso, ed una successiva cancrena avevano corrosa parte di una natica con tutta la porzione corrispondente dello sfintere, il quale uomo poi potea ed assai bene trattenere le feci. Ed io pure avendo sottoposta una donna alla demolizione di oltre tre pollici d' intestino retto canceroso (2) comprendendone

(1) Vedi Morgagni. Sedi e cause delle malattie. Milano 1835, Tom. 7, pag. 132.

(2) Vedi Bullettino delle Scienze Mediche fascicolo di Maggio e Giugno 1840 pag. 330.

per tutta la loro estensione gli sfinteri, non ebbe luogo per questo nella medesima l'incontinenza delle materie fecali. La donna visse così cinque anni dopo la subìta operazione, e morì di una cirosi epatica. L'autopsia cadaverica mi mostrò (come si rende patente esaminando il pezzo patologico che presentai all'Accademia delle Scienze) che nel lungo tratto in cui l'intestino era stato demolito, si era formato un canale membranoso la di cui superficie interna presentava i caratteri di una membrana mucosa e si continuava colla membrana mucosa del corrispondente canale alimentare. E sebbene non si fossero gli sfinteri riprodotti, lo stretto contatto però in cui si mantennero i bordi dell'ano per tutto il tempo che passò dall'ottenuta guarigione, fu sufficiente onde impedire che le materie intestinali venissero involontariamente evacuate (1).

In seguito di tutto ciò, riflettendo che nell'individuo alle mie cure affidato rimanea tuttora superstite l'anteriore porzione dello sfintere dell'ano e buon tratto delle di lui porzioni laterali, e che i tessuti che lo fiancheggiavano mostravansi assai compatti, mi lusingai per questo di evitare l'incontinenza delle feci, chiudendo appunto la descritta vasta

(1) In altre tre donne ho di poi eseguita questa medesima operazione ottenendone in due lo stesso risultato. Nella terza però oltre l'asportazione di estesa porzione di retto intestino canceroso e corrispondente sfintere, essendo stato necessario, onde estirpare completamente il cancro, di comprendere nel taglio anche la forchetta della vulva, non potei per questo evitare il prolasso di porzione del superstite intestino retto in causa di che le feci non erano che con molta difficoltà trattenute. Io poi molto prima di Dumarquai, e cioè nel 1852, come può leggersi nel Bullettino delle Scienze Mediche, fasc. di Febbraio e Marzo 1853 pag. 157, feci l'asportazione del retto intestino usando della legatura. Isolato che ebbi tutto allo intorno il tratto d'intestino da asportarsi lo divisi longitudinalmente in due metà, poi lo strinsi separatamente in alto mediante un laccio ove sentivansi grosse diramazioni arteriose, nel qual tratto l'intestino trovandosi sano, l'operazione ebbe un esito felice.

apertura in modo, che ne rimanesse una della sola ampiezza dell'ano, il di cui orlo formato per la maggior parte dallo sfintere e dall'indicato denso tessuto, chiuso lo mantenesse.

Adunque per ciò ottenere mi regolai nel modo seguente.

Fatto purgare l'infermo acciocchè non evacuasse l'alvo nei primi giorni successivi all'operazione che andavo ad effettuare, e non venisse per questo disturbato il lavoro adesivo che bramavo regolarmente si formasse, il giorno 15 Ottobre dell'anno 1850, collocato l'infermo sul fianco sinistro, feci un' incisione negl' integumenti della natica destra, la quale incominciava dalla sommità del ramo destro dell' Y ed andava a terminare alla distanza di circa due centimetri dal margine anteriore dell' ano, fig. 2.ª *b c*. Dopo di ciò nel punto in cui avevo incominciata questa prima incisione ne feci partire una seconda, la quale fiancheggiava gl'integumenti che cuoprivano il margine destro del sacro, e si dirigeva in basso lungo il bordo parimenti destro del cocige, in guisa d' andare a finire nell'apice del triangolo che all' estremità del cocige stesso gl'integumenti formavano, fig. 2.ª *d' e*.

Allontanatisi spontaneamente i labbri di tali incisioni, rimasero queste due superficie cruente di tale ampiezza da permettere, senza passare alla escisione della cute, di porre ad immediato contatto per sufficiente estensione tutta la parte cruentata, ed in modo da sperarne una forte adesione. A favorirla ricorsi a quattro punti di sutura clavata, fig. 3.ª Il primo dei quali punti fu posto all'estremità anale delle due fatte incisioni, fig. 3.ª *f*, l'ultimo ove le medesime furono incominciate, fig. 3.ª *g*. E siccome gl'integumenti che cuoprivano il cocige si trovavano corrugati, fig. 2.ª *a*, poterono per questo dai fili essere tratti con facilità in basso verso l' ano, e posti col loro apice cruentato ad immediato contatto nel punto in cui era terminata la cruentazione del lato opposto. Eseguita tale sutura, onde compiere l' operazione sarebbe stato necessario il fare una sutura anche dal lato sinistro della più

volte ricordata cavità, ma a ciò io non mi determinai in allora per le seguenti ragioni.

Ripetendo la sutura dal lato opposto avrei resa più grave la operazione, in seguito di che forse non sarebbesi evitato un grado forte di infiammazione, il quale, lungi dal favorire l'adesione delle superficie cruente, avrebbe più probabilmente originata la suppurazione, e resi quindi inutili i tentativi da me fatti onde ottenere la desiata riunione. Oltre di che, se io avessi in allora praticata la sutura anche dall'altro lato, avrei chiusa la superstite apertura in modo da impedire una facile e libera espulsione delle feci; le quali, quantunque per ripetute prove potesse l'infermo trattenere senza risentirne molestia per ben un'intera settimana purchè assai poco si cibasse, nell'èmetterle però, scorso che fosse questo lasso di tempo, avrebbero potuto facilmente insinuarsi fra i labbri della ferita se in qualche punto non si fossero trovati ben riuniti, ed avrebbero distrutte così le deboli aderenze che si erano andate formando.

Che se pure, àd evitare tale inconveniente, io mi fossi deciso di prevalermi del dito o della spatola onde estrarre le feci istesse, anche con ciò non avrei forse potuto evitare il rischio di distruggere in qualche punto le aderenze predette. Al contrario lasciando libera la sinistra apertura, era facile, collocando grossi stuelli di fila contro i bordi interni della ferita in cui erasi praticata la sutura, l'evitare in essa il contatto delle feci, le quali invece trovando un ampio e libero passaggio per la via dell'ano, non avrebbero per questo impedita la desiderata riunione. Così infatti regolandomi, medicata opportunamente la ferita, dopo sei giorni se ne era ottenuta la cicatrizzazione. Non levai per altro in allora i punti di sutura, ma volli daprima purgare il malato onde impedire che la cicatrice formata, la quale non potea per anco essere fortissima, priva del sostegno dei punti nell'evacuar l'alvo, o in totalità, o in parte si riaprisse.

In tal modo, senza incontrare alcun inconveniente, le feci furono espulse con molta facilità, il che mi rassicurò del buon esito della fatta cucitura.

Nei predetti sei giorni niuna cosa di rimarchevole ebbi ad osservare, soltanto nella seconda notte dalla eseguita operazione, avendo l'infermo fatti degli impropri movimenti, scaturì dalla ferita una piccola copia di sangue, al che facilmente si pose riparo coll'applicazione di nuovi stuelli di fila. Alla settima giornata levai i due punti più alti, lasciando in sito per un altro giorno ancora, e ciò a maggior sicurezza, gli altri due, e cioè quelli che trovavansi in vicinanza dell'ano. La formatasi cicatrice, quantunque in allora assai forte, fu però sostenuta mediante, una fasciatura unitiva colla quale si circondò la pelvi, evitando così quegli stiramenti che potevano indebolire la cicatrice medesima. E nello stesso tempo ancora si consigliò all' infermo di continuare per qualche tempo a scarsamente cibarsi, onde impedire l'abbondante formazione delle feci, le quali con ciò, in lui nell' intestino colon soffermandosi, e di rado e scarsamente evacuandosi, non inducevano nel loro passaggio alcuna distensione pericolosa.

Il modo felice con cui terminò questa prima operazione mi diede coraggio a ripeterla dall'altro lato. In sei giorni colla eseguita sutura avea già ottenuta la cicatrice della formata ferita, io quindi potea sperare altrettanto di quella che mi proponeva di praticare.

Nulladimeno riflettendo, che sebbene da quanto ho detto, per ripetute antecedenti osservazioni mi fossi assicurato, che tenendo l'infermo a dieta rigorosissima poteansi ritardare in lui gli scarichi alvini anche per una intera settimana, tuttavia nel timore che operando alla maniera superiormente descritta, la risultante cicatrice non presentasse, nei primi giorni almeno, quella robustezza che era necessaria onde resistere all' evacuazione delle materie fecali, che dovea aver luogo non più attraverso un' ampia, ma bensì una assai

ristretta apertura anale quale era quella che io andavo a formare, variai per questo alquanto il processo.

Afferrati difatto con una pinzetta uncinata gl'integumenti, che formavano il bordo destro del ramo sinistro del ricordato Y, gli escisi per la estensione di alcuni millimitri in quasi tutta la loro spessezza, cominciando l'escisione in quel punto nel quale inferiormente terminava la cicatrice ottenutasi mediante la già praticata sutura, fig. 4.ª *h*, e terminandola ove il predetto bordo si univa ad angolo acuto col margine sinistro del ramo parimenti sinistro dell'Y, fig. 4.ª *i*. In questo modo risultò una superficie cruenta alquanto ampia, contro la quale collocando una superficie parimenti cruenta di eguale lunghezza ed ampiezza, era luogo sperare di ottenere appunto una adesione così estesa e robusta, da essere capace di resistere a quegli sforzi che poteansi rendere indispensabili acciocchè le feci, nell'attraversare la formata anale apertura, non dessero luogo a quelle lacerazioni che avessero potuto eccessivamente allargarla.

Per ottenere quindi questa seconda superficie cruenta, incisi gl' integumenti del bordo sinistro dell'Y cominciando il taglio nel punto ove avea terminata la già fatta escisione, fig. 4.ª *l*, formando così con questa un angolo molto acuto, ed estendendo di poi il taglio stesso sino a due centimetri di distanza dal margine anteriore dell'ano, fig. 4.ª *m*. Allora, afferrato colle pinzette uncinate il bordo esterno di questa incisione, ne staccai e dissecai dalle vicine parti gl'integumenti in modo da formare un triangolo il di cui apice guardava in alto, e la base, che era della larghezza di quasi un centimetro, mostravasi in basso verso l'ano, fig. 4.ª *n n n* (1), nel quale modo poteasi porlo in ogni suo punto ad immediato contatto coll'opposta cruentata superficie, fig. 5.ª

(1) Questa figura rappresenta il descritto triangolo arrovesciato, acciocchè sia meglio veduto.

Onde poi unire le due superficie cruente fra loro, attraversai con un ago munito di doppio filo dall'esterno all'interno il lembo triangolare descritto in vicinanza della sua estremità anale, fig. 5.ª *o*, ed attraversai poscia collo stesso ago dall'interno all'esterno gl'integumenti cruentati dal lato opposto in quel punto nel quale ne avevo cominciata la escisione, facendo escire l'ago obliquamente verso la natica destra del malato ad un centimetro di distanza dalla estremità inferiore della cicatrice ottenuta mediante la prima sutura, fig. 5.ª *p*, seguendo nel fare tutto ciò quelle regole che ai chirurghi sono ben note, onde potere facilmente porre ad esatto contatto in tutta la loro estensione le cruentate superficie. Poscia colle medesime norme, e mediante un altr'ago munito parimenti di doppio filo, attraversai nella loro parte media l'indicato lembo triangolare e gli opposti cruentati integumenti, fig. 5.ª *q r*. Separate fra loro le estremità dei fili, vi insinuai tanto a destra che a sinistra dei cilindretti di cerotto, sopra dei quali annodai i fili, e così compii questa sutura clavata, colla quale assai facilmente ottenni di porre a stretto ed esteso contatto le parti cruentate, fig. 5.ª *o p q r*. Sopra questa sutura furono poste delle fila e delle compresse, che vennero assicurate mediante una fasciatura unitiva colla quale si circondò la pelvi dell'infermo.

Passarono sei giornate senza che il Mondini abbisognasse di qualche particolare soccorso chirurgico, che anzi la cicatrice essendosi già formata in tutta l'estensione della ferita, tolsi i punti che avevano servito alla sutura mostrandosi già vacillanti. All'ottavo giorno dall'eseguita operazione l'infermo sentì il bisogno di evacuare l'alvo. In allora, sul dubbio che le aderenze formatesi in vicinanza dell'ano non fossero di tale robustezza da resistere alla espulsione delle grosse ed indurite feci che erano discese nella regione del retto intestino, cercai di sostenere tali aderenze mediante il pollice e l'indice della mia mano sinistra, nel tempo stesso che tentai col dito e colla spatola di ridurre le feci in

piccoli pezzi onde poterli estrarre, o permettere all' infermo con molta maggiore facilità e sicurezza di evacuarli. Ma quantunque nell'eseguire ciò usassi delle maggiori cautele, tuttavia mi avvidi che non riescivo ad evitare la lacerazione di quel tratto di cicatrice formatasi in vicinanza dell'ano, per cui sostenni e rafforzai la cicatrice medesima con un nuovo punto di sutura clavata posto in vicinanza dell' ano.

In tal modo potei diffatto con molta agevolezza estrarre per varii giorni le feci, senza che menomamente ne soffrisse la cicatrice. Passati anzi altri sei giorni, e questa trovandosi robustissima, levai anche il superstite punto di sutura, dopo di che l'infermo potè liberamente, senza che avvenisse inconveniente alcuno, evacuare l'alvo. Nè voglio ommettere di notare che se pure la cicatrice non si fosse in qualche punto ottenuta, era mio divisamento di ricorrere al cauterio attuale, col quale potendo aver luogo la completa obliterazione per fino delle naturali aperture, era lecito a sperare che altrettanto sarebbe accaduto di quei tratti che non si fossero cicatrizzati. Ma ciò non fu necessario, anzi, scorse altre non molte giornate, si ottenne la completa cicatrizzazione delle piccole ferite che erano state prodotte dagli aghi , e di quella che rimanea entro l'ano pel distacco del lembo triangolare, che io aveva formato, onde compiere la sutura.

L'infermo per tal modo completamente ristabilito, tratteneva non solo gli escrementi, ma ben anco i flati, e gli evacuava colla massima facilità dalla formata anale apertura che presentavasi delle dimensioni ordinarie, fig. 6.ª (1).

E ciò che merita speciale osservazione si è che l'interna superficie dell'antico ampio cavo in causa della fatta sutura si accosta molto nelle dimensioni a quella del retto intestino,

(1) Il modello in plastica rappresentante il guasto della parte operata, e l'altro indicante il risultato di questa operazione, sono stati da me regalati al Museo Anatomico di questa Regia Università.

ed i tessuti cicatrizzii che concorrevano a formarla, non più prosciugati dal contatto dell'aria, hanno acquistata la consistenza e le apparenze di una membrana mucosa, che può quindi assai bene supplire alla estesa porzione di retto intestino mancante.

Ora sono trascorsi più di 18 anni (1) e ad onta di ciò, come io stesso ho potuto di recente confermare trovandomi in Imola, l'operato si rinviene in così eccellenti condizioni, che migliori non potrebbe per certo desiderare.

E qui è mio dovere di far conoscere che devo pure alle incessanti premure ed all'intelligente assistenza del sig. dott. *G. B. Baravelli* l'esito fortunato di questa operazione, cui volendo dare un nome proprio mi piace chiamare

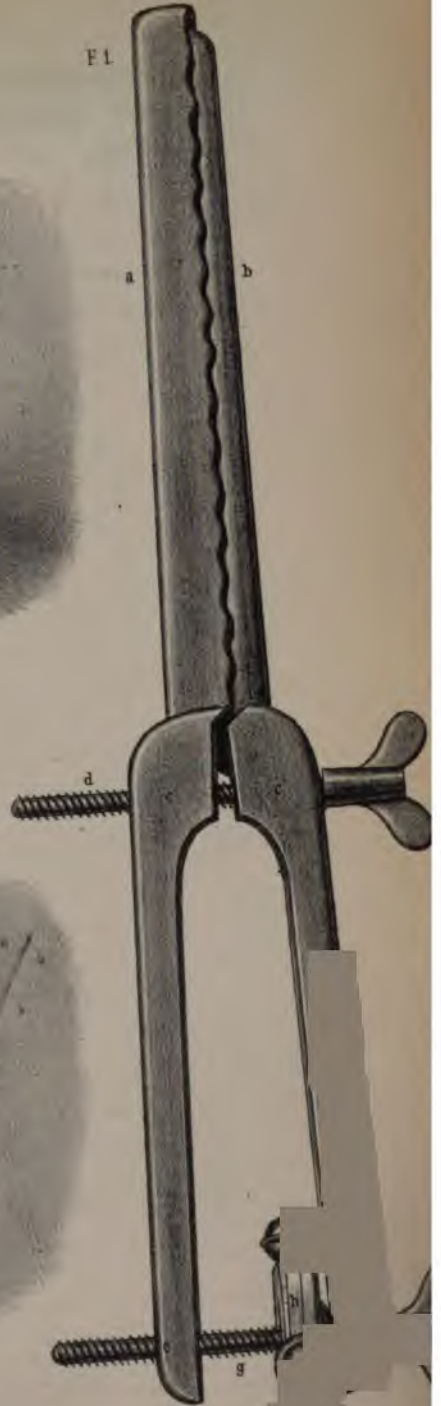
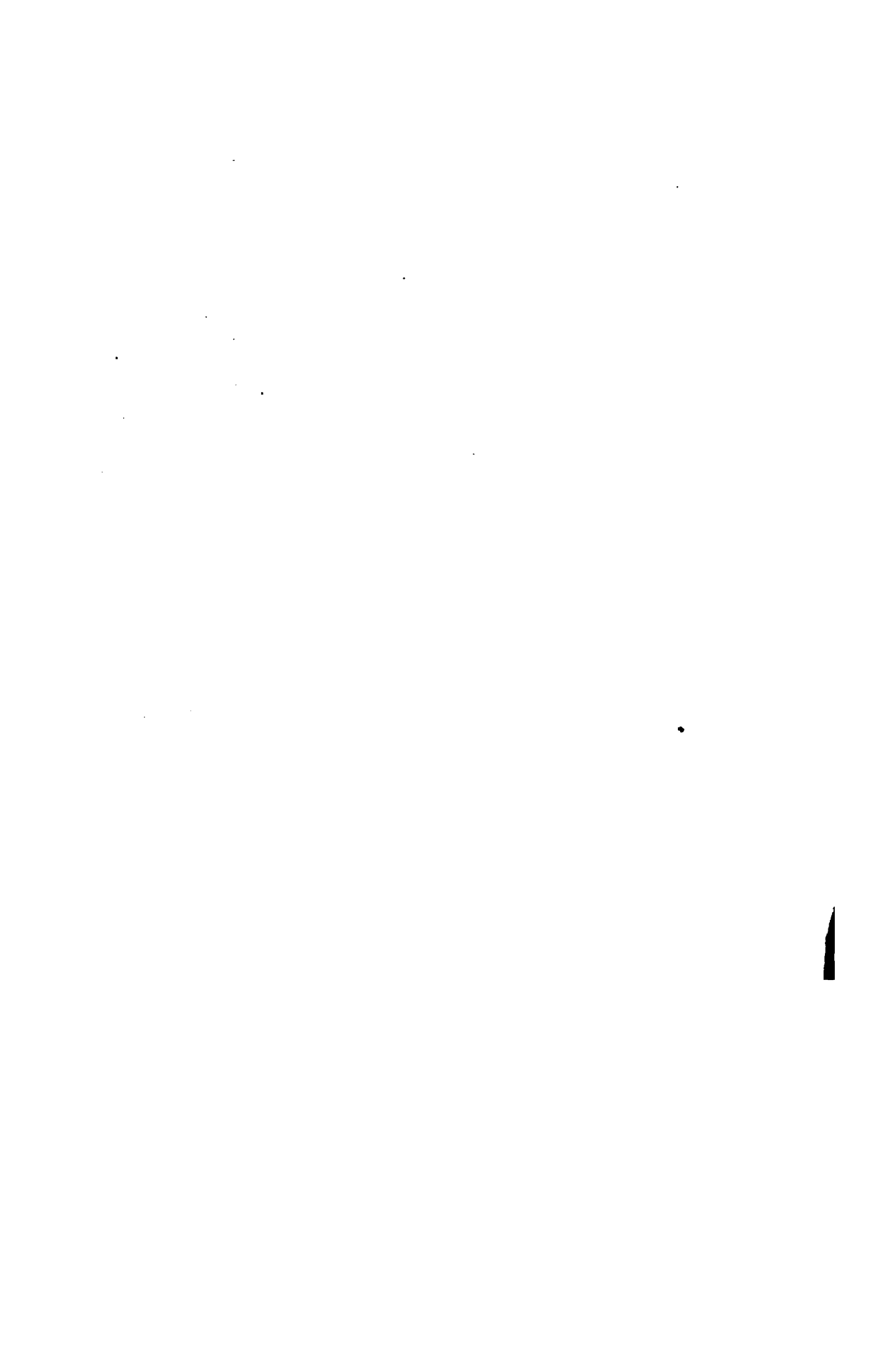
Γλȣτοπρωκτοραφïα
Glutoproctoraphia
Glutoproctorafia
da Γλȣτὸς Glutos, Natica
Πρωκτὸς Proctos, Ano
Ῥαφία Raphia, Sutura

ossia sutura della natica e dell'ano.

Fu adunque colla Glutoproctorafia, con questa nuova operazione di plastica chirurgica, che io riescii finalmente a rendere completa la guarigione dell'antica e ributtante malattia che ho descritta, per la quale il Mondini trovavasi in un continuo stato di deperimento, quasi sempre addolorato, inetto ai necessari esercizi, obbligato a rimanersi lungamente in letto, e minacciato di perire per le perdite continue ed abbondanti di marcia, che dalle parti ammorbate facevansi.

(1) Rendiconto dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna 1850, 1851 e Memorie della stessa Accademia 1852.

Tale guarigione fu per me il maggiore compenso che desiderare potessi, per le lunghe e pazienti cure che prodigai al mio infermo, il quale d'altronde, e per la tolleranza, e per la docilità, e pel coraggio di cui fece mostra nel non breve periodo di tempo che l'ebbi in cura, ben meritò di ottenere quel frutto che, obbliare facendogli le sofferenze passate, serve ora a rendergli cara quella vita che in lui erasi resa quanto può mai dirsi grave e penosa.

Tav. XV.
F. 2.
F. 1.
F. 6.
F. 3.
F. 4.
F. 5.
O. Nannini dis.

NUOVO PROCESSO OPERATORIO

ESEGUITO IN QUATTRO CASI

DI

ATRESIA CONGENITA

DELL' ANO

CON ISBOCCO DELL' INTESTINO RETTO

NELLA VULVA

L' atresia congenita dell' ano costituisce una organica innormalità degna di meritare la più attenta considerazione degli anatomici e dei chirurghi, conciossiachè, sebbene in alcuni casi l'anatomica disposizione delle parti sia tale da potere permettere di togliere essa atresia con mezzi assai facili e sicuri, in altri invece o non è possibile il ripararvi, o non vi si riesce se non che mediante operazioni chirurgiche difficili, assai delicate, od ardite.

E di vero quando la chiusura dell'ano è soltanto prodotta da una sottile organica membrana o dal derma, con una semplice incisione si potrà senza stento e stabilmente togliere quella oclusione, e dar campo alla facile evacuazione delle feci per la via normale. Ma quando invece alla chiusura dell'ano si associano la completa obliterazione del retto intestino, la di lui parziale o totale mancanza, il di lui sbocco nell' uretra, nella vescica urinaria, nella regione dei

testicoli, oppure vi si aggiungono varie altre e rilevanti innormalità di struttura nelle parti ad esso ano adiacenti, che i più celebri scrittori di anatomia patologica ci disvelarono, in allora, per quanto l'ingegno del chirurgo sia posto a tortura, o non giungerassi a trovar modo che valga a formare quella via normale che natura non operò, o spesso non vi si giungerà che con chirurgiche operazioni piene di difficoltà e di rischi.

Di queste atresie per altro non intendo ora occuparmi, proponendomi soltanto di trattenermi su quella in cui il retto intestino sbocca nella vagina o nella vulva, e della quale già fecero menzione *Moebio*, *Mercuriale*, *Benivieni*, *Morgagni*, *Daniele Sennert*, *Tommaso Bartolino*, *Giovanni Rudio*, *Isacco Contarino* e varii moderni.

Fra questi autori, ritennero alcuni, che chi aveva la sventura di nascere con tale atresia, non poteva vivere lungamente, altri si mostrarono persuasi che la incontinenza delle feci ne fosse una necessaria conseguenza, altri infine dichiararono che, non essendovi fondata speranza di poterla togliere, nulla si avesse a tentare, e che l'opera del chirurgo tutt'al più dovesse limitarsi ad allargare alquanto l'apertura di sbocco del retto intestino, se fosse così ristretta da impedire che le grosse e dure sibale venissero evacuate.

Ma oltrechè non ripugna alla ragione il pensare che, ad onta di questa atresia, possa la vita lungamente protrarsi, ce lo conferma poi, fra le altre, una osservazione di *Mercuriale*, per la quale siamo rassicurati che una ebrea di Padova nata così, potè giungere fino a 100 anni; mostrandoci pure non pochi fatti, avere errato coloro i quali ritennero la incontinenza delle feci nei suindicati casi essere inevitabile, errore che io stesso ho potuto constatare.

Che poi sia sano consiglio, pel solo timore di incerta riescita, il non pensare a togliere una tale schifezza cui ponno succedere non pochi gravi incomodi e mali, che sia miglior partito, pel solo dubbio di non raggiungere il fine desiato,

l'abbandonare alla loro triste sorte, ed il lasciare per sempre in uno stato così ributtante alcune fanciulle che, poste in condizioni normali, potrebbero fruire di molti beni, e che qualora fornite pur fossero delle più belle e virtuose doti della mente e del cuore, e in loro spiccasse l'avvenenza e la grazia potrebbero formare la delizia di adorato marito, la consolazione, la felicità di un'amorosa famiglia, io per certo non mi sentirei disposto ad ammetterlo, ritenendo invece che si debba cercare con ogni maniera di studio di rimediarvi.

Intanto io dirò quello che ho fatto, ed a tal' uopo esporrò con verità i risultati che mi riescì di ottenere.

Nel giorno 13 Maggio dell' anno 1856 mi veniva presentata dalla propria madre una cara fanciulla di Massa Lombarda, di moltissima intelligenza, dell' età di nove anni, abbastanza robusta, e mi si faceva preghiera acciocchè l'accogliessi in Clinica, per fare in lei quei tentativi che avessi creduti convenienti a liberarla da una assai affliggente imperfezione con cui era nata, e che consisteva appunto in un' atresia dell' ano con isbocco dell' intestino retto nella regione vulvare.

Non mi rifiutai all' inchiesta, e datomi all'attento esame della parte ove esisteva la innormalità, rilevai diffatti la mancanza dell' apertura dell' ano nella regione naturale, ove invece il derma mostravasi alquanto infossato. Ivi premendo col dito, non si sentivano che tessuti piuttosto resistenti. Dall'indicata infossatura dirigendosi anteriormente verso la commessura posteriore della vulva, appariva la regione perineale, la quale era alquanto prominente, Tav. 16.ª fig. 1.ª *a*, e della lunghezza di quattro linee circa, sporgenza che, mediante un diligente esame, pareva potesse in ispecial modo riferirsi alla presenza di alcuni dei muscoli proprii di essa regione, e molto probabilmente ai trasversi. Limitava poi la parte posteriore della descritta infossatura la regione del cocige, che mantenevasi nello stato fisiologico.

Rivolte le mie indagini all' apparecchio genito-urinario esterno, notai che il Monte di Venere, la Clitoride, il vestibolo, il meato urinario esterno, erano in istato normale; le grandi labbra invece e le ninfe mostravansi a destra più sviluppate che a sinistra; aumento di volume che non mancava pure di notarsi nella natica corrispondente, e che riscontravasi ancora piuttosto marcato nel sottostante arto pelviano.

Scostate fra loro le grandi e piccole labbra, la di cui interna superficie era molto sensibile ed in uno stato di irritativo turgore, si rinveniva l'imene esso pure alquanto ingorgato e sensibile, di figura circolare, forato nel suo centro, ed occupante il posto ordinario.

Nella regione della fossetta navicolare osservavasi un'apertura di figura circolare, del diametro poco più di due linee, increspata nel suo contorno, ricoperta all' interno da una membrana mucosa di colore piuttosto pallido, la quale apertura per le materie che ne venivano espulse, facevasi riconoscere per lo sbocco del retto intestino, fig. 1.ª *b*. Questa apertura, nell'atto della defecazione, si poteva prestare a tale allargamento, da permettere la escita a sibale anche grosse. Introdotto in essa apertura uno specillo, si poteva con facilità penetrare nel retto intestino, che era alquanto incurvato, per cui, elevando verso la sinfisi del pube l' estremità esterna libera dello specillo stesso introdotto per più di un pollice nel retto, si giungeva a sentirne alquanto profondamente la punta in corrispondenza alla regione mancante dell' ano.

L'innormale apertura era limitata anteriormente dalla porzione inferiore della grande circonferenza dell'imene, fig. 1.ª *d*, che si continuava con un tessuto resistente, teso, dell'altezza di una linea circa, fig. 1.ª *c*, ai lati, dall'estremo inferiore delle grandi labbra, posteriormente dalla commessura che ivi le grandi labbra stesse riuniva.

L' ano preternaturale congenito descritto presentava poi questo di notevole, e cioè che esso serviva molto bene ad impedire la incontinenza delle feci, il che mi fece credere che i contorni dell' innormale apertura fossero provveduti d' uno sfintere proprio, di cui mi confermai mediante l' applicazione di corpi freddi fatti sull' apertura medesima, nel quale modo mi fu facile l' osservare in essa delle manifeste contrazioni.

Le feci nell' attraversarla, se piuttosto dure, si dirigevano in avanti ed in alto fra la vulva, irritandola ed imbrattandola ancora; se sciolte, spruzzando pure in alto ed in avanti: agl' indicati inconvenienti aggiungevasi quello di non poterle raccogliere con facilità nei vasi di uso comune, per cui spesso lordavano i panni della fanciulla.

Così essendo le cose, pareva a me sano consiglio il pensare se eravi modo di migliorare la condizione infelice in cui quest' essere disgraziato per sua sventura trovavasi, e specialmente se la chirurgia operatoria era posseditrice di qualche particolare risorsa, della quale io avessi potuto con molta speranza approfittare.

E in realtà, i chirurghi avevano a ciò già dato mano. Consiglia diffatto il *Velpeau* in simili casi d' incidere con un bistorino retto condotto su di una tenta scannellata dalla fistola fino entro lo intestino, e ricondotto dall' avanti all'indietro, o dal perineo verso il cocige, dall' alto al basso, tutti i tessuti che separano l' ano anormale dalla situazione ordinaria del vero ano. Vuole che dipoi una cannuccia sia fissata entro il retto intestino, e discenda fino all' angolo posteriore della ferita, onde permettere ai tessuti di riunirsi anteriormente, ed alle materie di riprendere il loro corso naturale (1).

(1) Vedi *Malgaigne*. Manuale di Medicina Operatoria. Milano 1835. Vol. 2. pag. 635.

Brachet seguì in un caso la proposta di *Velpeau*, facendo però una modificazione non sostanziale al processo di questo illustre chirurgo. Introdusse egli, il *Brachet*, una sonda scannellata per l'apertura anormale nell'intestino, e divise colla scorta della sonda mediante un bistorino tutti i tessuti del perineo, nel modo che d'ordinario si usa operando la fistola all'ano. In seguito insinuò egli pure una canula nell'intestino colle norme descritte, la piaga si cicatrizzò, e la operazione ebbe il suo intento (1).

Il *Martin* per altro temendo che, quando l'ano innormale è situato alquanto più in alto nella vagina, la cicatrice non possa nell'indicata guisa ottenersi; senza scostarsi dai succitati autori nei primi tempi dell'operazione, consiglia, dopo avere applicata la canula, di riunire su questa la superficie anteriore della ferita mediante la sutura cruenta (2), il che non persuade il *Velpeau*, ritenendo egli tale sutura di assai difficile esecuzione, e credendo egli pure che, ogniqualvolta la canula sia convenientemente applicata e serva a condurre fuori a dovere le materie fecali, la riunione della vagina e del perineo si possa operare su questa canula stessa, senza che vi sia bisogno di ricorrere a mezzi unitivi (3).

Il *Malgaigne* poi, per non comprendere nell'incisione il perineo, propone di introdurre per l'ano anormale una sonda scannellata onde fare sporgere nel perineo la parete posteriore del retto, di incidere sopra questa prominenza senza dividere la forchetta, e dopo avere ristabilito così l'ano naturale, di trattare l'apertura innormale come una fistola retto-vaginale (4). *Vidal* de *Cassis* è dell'avviso medesimo del *Malgaigne*, se non che, invece della scorta della sonda per

(1) *Sedillot.* Traité de Médecine Operatoire. Tom. 2. pag. 323.

(2) *Malgaigne.* Opera citata.

(3) *Vidal.* Trattato di Medicina Operatoria Tom. 2. pag. 1247. Firenze.

(4) *Malgaigne.* Opera citata.

eseguire la incisione al perineo, raccomanda di servirsi di un uncino, la di cui estremità smussata è condotta in corrispondenza del luogo su cui si apre ordinariamente l' ano, ove si forma un' apertura, da mantenersi pervia mediante una canula. Una volta che l' ano anormale fosse stabilito, non sarebbe, secondo il *Vidal*, difficile il fare sparire l' ano innormale (1).

Ma nel caso che a me si offeriva, doveva io valermi di uno degli or ora descritti processi? E fra questi, a quale era più conveniente dare la preferenza? Era forse meglio fatto il trarre profitto da uno di quelli con cui illeso mantiensi il perineo, od era invece più saggio partito l' anteporvene uno che obbligasse a comprenderlo nella incisione?

I primi processi, da quanto ci viene narrato (2), non sono stati per anco posti al cimento, e quindi riguardo ai medesimi l' esperienza non poteva alcun lume somministrarmi. Fra i secondi, null' altro ci è detto, che il solo *Brachet* avendo tentato il suo processo, in un caso ottenne l' intento (3). Ma questa nuda e non circostanziata dichiarazione, era per me troppo poco per indurmi ad adottarlo senza esitanza. E di vero, come avrei mai potuto per esso decidermi pensando che, debitamente studiati il processo operatorio del *Brachet* e suoi analoghi, chiaro apparisce, non potersi con essi sperare quel completo risultato che si annunzia avere il *Brachet* stesso ottenuto? Col processo del *Brachet* infatti l' incisione che si va a formare nel bordo inferiore dell' ano innormale, comprendendo in sè soltanto le parti sottoposte ad esso bordo, ed integra lasciando tutta quanta la restante circonferenza dell' ano istesso, ne deve in seguito di ciò risultare, che non essendo cruentata l' abnorme apertura dell' ano in tutta la

(1) *Vidal*. Opera citata.

(2) *Malgaigne*. Manuale di Medicina Operatoria. Part. 2. pag. 609. Pisa 1853.

(3) *Sedillot*. Traité de Medécine Operatoire. Tom. 2. pag. 323.

sua circonferenza, non potrà per questo l'apertura medesima obliterarsi, e colla operazione non solo non raggiungerassi lo scopo che si desidera, ma correrassi pur anco il rischio gravissimo che, formato il nuovo ano, riunitasi la ferita esistente fra questo e l'ano innormale non cruentato, rimanga perciò quest'ultimo superstite, e pervio quello che si è coll'arte formato, nel qual caso l'operata sarà costretta di evacuare le feci non più per una sola, ma invece per due aperture.

E se per evitare tanto rischio, allontanandosi dai precetti del *Brachet*, tutta quanta la indicata anale circonferenza venisse cruentata, non scanserebbersi per questo altri inconvenienti, che a mio avviso sono di assai grande importanza. Avvegnachè in codesta guisa operando, essendo necessario di mantenere nella regione dell'ano una canula che serva all'emissione delle materie fecali, la presenza della medesima non solo sarà causa continua di temibile irritazione, ma spesso non potrà neppure servire all'uopo pel quale venne collocata, giacchè, se di piccolo calibro, le materie fecali alquanto compatte non esciranno per essa che assai difficilmente e si dirigeranno invece, almeno in parte, per quella via che vorrebbesi obliterare; se molto sciolte, trapeleranno tanto più facilmente tra essa canula ed i tessuti cruentati, e ne impediranno nei desiati luoghi la unione. Se poi la canula sarà piuttosto grossa, in allora riescirà tanto più difficile l'ottenere l'accostamento di quei tessuti, dal cui stretto contatto dipende il buon esito della operazione.

Nè sorgere potea in me la speranza di fortuna migliore appigliandomi ad uno di quei processi con cui risparmiasi la incisione del perineo e che dissi non essere per anco stati posti alla prova, giacchè neppure con questi avrei potuto ottenere l'obliterazione dell'ano anormale nel primo atto operatorio, o non vi sarei forse di poi riescito, mostrando la giornaliera esperienza quanto sia difficile il chiudere stabilmente le fistole retto-vaginali quantunque assai piccole, per cui anche in cotale guisa comportandosi, potevano rimanere

superstiti due anali aperture, ed aggravarsi del pari così le triste condizioni dell' operata.

Ed oltre a quanto ho detto, era poi a riflettersi che, qualunque dei descritti processi venisse adottato, l' apertura anale che si andava a formare coll' arte, sprovvista essendo dello sfintere, di uno dei più potenti mezzi cioè che servono ad impedire la incontinenza delle materie fecali, ne potea per questa mancanza la incontinenza di esse materie con assai probabilità derivare.

Nè a mio avviso vi era ragione di sperare che la benefica natura avesse potuto supplire a quel difetto, dando luogo a qualche particolare lavoro che si accostasse a quello che il *Valsalva* osservò nei cani e nell' uomo, quando nei medesimi per varie cagioni erano stati distrutti gli sfinteri, il quale lavoro servisse per lo appunto a produrre nuovi tessuti, capaci di fare d' essi sfinteri le veci. Imperocchè il *Valsalva* osservò questo gran fatto là dove in antecedenza gli sfinteri esistevano, ove cioè la disposizione anatomica delle parti ad essi adiacenti, la loro organizzazione, e la particolare forza plastica di cui sono dotate, mostrasi tale, da potere dar luogo a quelle successive evoluzioni di tessuti che possano, giunti che siano al loro completo sviluppo, presentare quella struttura che li renda capaci di supplire a quelli che mancano.

Le quali favorevoli circostanze nel caso mio non verificandosi, doveva perciò temersi che, in causa di avere la natura, e nella disposizione anatomica, e nella struttura delle parti costituenti la regione ano perineale, deviato dalle normali leggi, la regione anale stessa presentasse perciò elementi del tutto incapaci di fornire il nuovo ano di tessuti analoghi allo sfintere mancante.

Ad evitare per altro la maggior parte almeno degl' inconvenienti descritti, la chirurgia operatoria mi offeriva un processo, che il *Dieffenbach* pel primo, aveva con buon esito eseguito. Una infante di tre mesi era venuta alla luce col

retto aperto alla parete posteriore della vagina senza traccia dell' ano all' esterno. *Dieffenbach* vi rimediò con due operazioni fatte ad epoche differenti. Si occupò dapprima a situare l' orifizio del retto nella sua naturale posizione. A tale effetto una sonda scannellata fu introdotta nell' ano vaginale: l' operatore in seguito con un bistorino, mediante la scorta della scannellatura di questa sonda, divise il perineo dalla vulva sin verso il cocige, usando la precauzione di non aprire il retto intestino. Di poi dissecò il tessuto cellulare che circondava l' estremità di questo stesso intestino, la mise allo scoperto, la isolò un poco dalla vagina nella sua circonferenza anteriore, ed avendo fenduto il lembo che ne risultò per una piccola estensione, fissò le due metà di questo lembo con due punti di sutura alla estremità posteriore della ferita del perineo.

Quando la riunione fu compita, l' operatore passò alla seconda operazione. Incominciò dal terminare col bistorino la separazione della parete di retto che si riuniva colla vagina, ed ivi resolo libero, l' intestino potè ritirarsi da nove a dieci millimetri all' indietro, per cui ravvivate le parti inferiori ed anteriori della divisione del perineo, non restarono che a riunirsi i margini della divisione della vagina col mezzo di punti di sutura interrotta, e la ferita del perineo (eccettuata la porzione posteriore destinata all' ano) con due punti di sutura attorcigliata, e così ebbe fine l' operazione.

Che il processo del *Dieffenbach* abbia tali pregi da renderlo preferibile agli altri processi operatorii che ho indicati mi sembra fuor di ogni dubbio, evitandosi con esso tutti gli incomodi che derivare possono dalla introduzione della canula nel retto intestino, e facilitandosi la emissione delle feci per la nuova strada, in causa di essere la medesima in parte tappezzata dalla parete posteriore del suddetto intestino.

Ma se operando alla *Dieffenbach* si ottengono gl' indicati compensi, si ha però lo svantaggio di dovere, col processo di questo illustre chirurgo, eseguire non una sola, ma due

operazioni cruente ad epoche differenti, colla seconda delle quali dandosi campo alla estremità inferiore della parete anteriore del retto intestino, resa libera, di retrarsi in alto, l'anormale apertura dell'ano quantunque cruentata e riunita per mezzo di sutura, non essendo difesa posteriormente dall'indicata intestinale parete potrà perciò pel contatto delle feci molto difficilmente obliterarsi.

Ad evitare pertanto anche questi difetti, e ad ottenere con maggiore sicurezza un completo risultato, bisognava quindi battere vie alquanto diverse. Bisognava, secondo me, per raggiungere questo fine, pensare a trovar modo di condurre nella normale posizione tutto l'estremo inferiore del retto intestino in un colla sua apertura di sbocco nella vulva, affine di obbligare così immediatamente e stabilmente le feci a prendere senz'altro aiuto un libero corso per la via normale; bisognava mantenere provveduta l'indicata porzione di retto intestino di tutto il suo sfintere, per non avere probabilmente a deplorare, una volta che formato fosse il nuovo ano, la incontinenza delle feci; ed era opportuno il cercare di conservare i muscoli perineali, per poterli mantenere nei rapporti anatomici che loro sono propri. Tutto questo pertanto potei ottenere nella fanciulla che venne a me affidata, seguendo le norme che passo ad indicare.

Postala sulla sponda di un letto alquanto duro, in posizione orizzontale supina, colle natiche alquanto sporgenti in fuori, ed usato il cloroformio per mantenerla almeno nei primi tempi dell'operazione in uno stato di anestesia, dopo averle fatte da degli assistenti divaricare e tener ferme le coscie, con un piccolo bistorino panciuto eseguii nella regione ano-perineale una incisione lungo il rafe, incominciandola nel mezzo della forchetta, e prolungandola fino verso la punta del cocige. Questo primo taglio non interessò che la cute ed il tessuto cellulare sottoposto, in pari modo mi condussi nel dividere la fascia superficiale, l'aponeurosi esterna del perineo, e così mi si presentò manifestamente un tessuto

muscolare che, stando alla direzione delle fibre, lo ritenni appartenere ai muscoli trasversi.

Nelle linea mediana cellulosa che separava i detti muscoli approfondai cautamente l'incisione, e poscia col medesimo bistorino distaccai dal cellulare sottostante le dette porzioni muscolari, mantenendole però aderenti ai sovrapposti tessuti, Tav. 16.ª fig. 2.ª *d d d d*. Così furono formati due lembi, divaricati i quali, insinuai dolcemente un dito nell'apertura vulvare del retto intestino, e lo internai in modo d'assicurarmi con facilità che la direzione della porzione inferiore di esso intestino era alquanto ricurva anteriormente. Allora mi accinsi colla scorta di quel dito ad isolare tutto all'intorno la porzione deviata dell'intestino, non che la sua apertura esteriore o vulvare, avendo la massima cura di non ledere le fibre muscolari che ne costituivano lo sfintere, il che ottenni mediante piccoli e cauti tratti di bistorino.

Separata pertanto dai circonvicini tessuti, e dalla parte posteriore della vagina pel tratto circa di un centimetro, la porzione inferiore del retto, questo tratto di intestino cadde quasi spontaneamente verso la regione cocigea, Tav. 16.ª fig. 2.ª *a*. E quantunque nell'eseguire questo distacco il tagliente del bistorino fosse stato portato a poca distanza della grande circonferenza dell'imene, su quello stretto cordone che superiormente notai, fig. 2.ª *c*, e fosse condotto rasente alla parte più bassa della parete posteriore della vagina, ove questa aveva aderenze col retto ed ove era assai difficile il riconoscere se eravi tessuto cellulare intermedio, tuttavia, usando la conveniente diligenza e pazienza, mi riescì a conservare tutte le indicate parti completamente illese.

Mantenuta la porzione isolata di retto intestino colla sua apertura anale verso la regione cocigea, fig. 2.ª *b*, fra l'orlo anteriore dell'apertura anale, e l'orlo che osservavasi nella regione posteriore della imboccatura della vagina rimaneva uno spazio che presentava le ordinarie dimensioni della regione perineale, fig. 2.ª *b c*, il quale assai bene poteasi

riempire e fare scomparire totalmente, insinuandovi e fra loro riunendo le rispettive porzioni de' lembi muscolo-cutanei del perineo formate nei primi tempi dell'operazione, fig. 2.ª *d d d d*.

In seguito di che, onde conservare tutte le anzidette parti, intestino retto cioè, perineo e sessuali organi nei rapporti anatomici naturali, mi prevalsi della sutura; e quindi con un punto di sutura interrotta fissai verso la regione cocigea l'estremo inferiore della parete posteriore del retto, fig. 2.ª e fig. 3.ª *a*. Con due punti laterali, uno destro, l'altro sinistro assicurai nella regione dell'ano il corrispondente bordo di retto intestino, fig 2.ª *f f f f*, e fig. 3.ª *b b*, con un quarto riunii anteriormente ed in alto i lembi muscolo-cutanei perineali, fig. 2.ª *g g*, e fig. 3.ª *c*, con un quinto compresi anteriormente ed un poco più in basso i lembi medesimi, fig. 2.ª *h h*, e fig. 3.ª *d*, e con un sesto li riunii inferiormente in un col bordo anteriore di retto intestino, fig. 2.ª *l l*, e fig. 3.ª *e*.

Ciò fatto mi fu piacevole l'osservare che, difesa anteriormente dal perineo l'apertura del nuovo ano, e retrattosi in alto il retto intestino, la di cui parete anteriore io aveva in antecedenza in basso stirata onde meglio riunirla alla nuova anale apertura, erasi questa in causa di essa retrazione infossata ed increspata in modo da non distinguersi da quella d'un ano normale, fig. 3.ª *a*.

Applicato un semplice apparecchio di medicatura, fu riposta la fanciulla nel proprio letto, consigliandola a tenere le coscie e le gambe in adduzione, perchè non avesse a soffrire molesti stiramenti nella regione operata, e le fu prescritta dieta severa.

Passò essa il restante della giornata in sufficiente calma, e così progredì per altri tre giorni, sul terminare dei quali fu soggetta ad una piccola perdita di sangue venoso dalla ferita perineale, che si arrestò applicandovi sopra alcuni globi di fila imbevuti nell'acqua emostatica del Pagliari.

Nella successiva giornata la fanciulla non avendo ancora scaricato il ventre, le prescrissi una piccola dose d'olio di ricino, con che si ebbe un'abbondante alvina evacuazione, che si ripetè nella successiva giornata, senza che avvenisse il più che piccolo sconcerto nella operata località. Fino al giorno 22 Maggio, settimo dall'operazione, non ebbe luogo alcun' altra particolarità, ma nella sera di quel giorno, tentando nuovamente la fanciulla di evacuare l'alvo, non potè riescirvi, presentandosi all'ano delle sibale dure, ed assai grosse. Le ruppi col dito e se ne ottenne la espulsione. Dopo di che mostrandosi abbastanza resistente il perineo, e vacillanti i punti di sutura posti onde riunirlo, poche goccie di marcia soltanto scaturendo dall'esterna perineale ferita, del tutto li estrassi. Ma sebbene l'estremità del retto intestino sembrasse aver presi sodi attacchi coi contorni della nuova anale apertura, e caduto fosse senza danno il laccio che a questa lo teneva posteriormente legato, pure per maggiore sicurezza lasciai ancora in sito i due punti laterali, mantenendosi i medesimi abbastanza serrati, e non li levai che dopo altri tre giorni, essendosi in allora resi vacillanti, e quindi del tutto inutili. In seguito, mentre non si ometteva di somministrare all'occorrenza alla operata piccole dosi di olio di ricino, non si trascurava neppure di introdurre degli stuelli di fila nell'ano, acciocchè i di lui margini con maggiore regolarità del tutto cicatrizzassero. E così pervenuti alla 45.ª giornata dall'operazione, la guarigione era completa e la fanciulla, esternando nei più affettuosi modi che per lei si potevano la sua riconoscenza, escì dalla Clinica.

Rimase però in Bologna altri quattro mesi, e prima di partire per Massa Lombarda sua patria, ebbi cura di fare eseguire un modello in cera rappresentante la parte operata, incaricandone lo stesso sig. Bettini, che ne avea già formato un altro rappresentante lo stato in cui trovavansi le parti prima dell' operazione. Ambidue questi modelli furono compiti con quella verità ed esattezza che tanto mi

interessava, e che serve specialmente a fare concepire un'idea precisa dello stato della parte operata, la quale presenta le seguenti particolarità (1).

Nel mezzo della regione dell'ano si trova un'apertura infossata che permette d'introdurre nel suo interno l'estremità del dito mignolo, essa è dilatabile, di figura anulare, manifestamente contrattile, circondata da tessuto cicatrizzio di consistenza alquanto molle ed increspato, fig. 4.ª *a*. Per questa apertura anale si penetra nell'intestino retto, il quale ha assunto una direzione un poco obliqua dal basso all'alto, e dall'indietro all'avanti. I due lembi muscolo-cutanei perineali, in parte riuniti per adesione, in parte per tessuto inodulare cicatrizzio, formano un perineo alto quattro buone linee, fig. 4.ª *b*. Divaricate le grandi e piccole labbra, nella regione della forchetta, ove esisteva l'innormale apertura dell'ano, si scorge invece un setto dell'altezza di due linee circa, ricoperto da una membrana mucosa di nuova formazione che continuasi col piccolo e teso cordone che si unisce alla porzione inferiore della grande circonferenza dell'imene, fig. 3.ª *c*, e fig. 4. *c*, il quale presentasi intatto ed un pochino stirato all'indietro, fig. 4.ª *d*. La operata ritiene gli escrementi, qualunque ne sia la loro consistenza, avverte il bisogno di espellerli, e può ancora quando il voglia favorirne o ritardarne la escita.

Ma se da quanto ho esposto è palesemente dimostrato, che fortuna maggiore io non poteva sperare di quella che in questa cura mi arrise, ad onta di ciò, essendomi stata presentata, non molto dopo la descritta ottenuta guarigione, una bambina di pochi mesi affetta dalla medesima innormalità, non mi piegai in allora ad operarla, e nol feci

(1) Queste preparazioni in cera vennero presentate all'Accademia nel giorno in cui fu da me letta questa memoria, la quale fu pubblicata dalla stessa Accademia nel 1857. Le preparazioni istesse trovansi ora nel Museo di Anatomia Patologica di questa Università.

perchè in questa bambina, oltrechè le materie stercoracee passavano per l'abnorme apertura liberamente e senza dar luogo a temibili irritazioni nelle parti esterne generative, niun altro fenomeno di rilevanza in essa mostravasi riferibile al vizio di conformazione cui soggiacea, che obbligasse a sollecitamente provvedervi. Per questi motivi ritenni migliore partito il temporeggiare, e ciò feci anche perchè la vita di così tenere creature, andando soggette a gravi morbose eventualità, poteva per la operazione essere tanto più facilmente compromessa, giacchè in esse le parti su cui deve cadere il coltello chirurgico non ponno essere dominate con quella sicurezza, che è necessaria ad impedire tristi conseguenze, e perchè i tessuti compresi nelle cruente suture, non prestano in simili casi ,quella resistenza, che serve a rassicurare di poterne evitare anche per piccolo sforzo lo squarcio.

Credo ora non ingannarmi pensando possa pure riescire di non poca pratica utilità lo esporre il risultato di altre tre operazioni da me eseguite onde togliere simile bruttura, a compiere le quali non mi dipartii da quegli stessi fondamentali principii, che superiormente indicai, e che valsero nella fanciulla di cui ho tenuta parola a procacciare il più felice e stabile esito della operazione; del quale permanènte risultato poi, rispetto ai processi che altri pochi chirurghi hanno posto in pratica, non siamo in pari modo rassicurati (1).

E di vero, mentre oggi consta alla chirurgia che in alcune bambine sonosi ottenuti con processi operatorii diversi dal mio risultamenti immediati abbastanza soddisfacenti, non è del pari resa certa se questo benefizio per intero si mantenne, o se invece evenienze più o meno riflessibili in progresso di tempo concorsero a perturbare il procedimento ultimissimo della operazione. Questo dubbio come dissi è invece per

(1) L'illustre sig. Prof. Stoltz il 2 Maggio 1867 in un suo rapporto letto alla Società di Medicina di Strasburg, encomiando il mio processo, lo dichiara esso pure preferibile agli altri che furono proposti, compreso quello del Dieffenbach.

conto mio affatto svanito. Avvegnachè, avendo avuto campo di rivedere nell' anno 1864 l'atreta ora ricordata e che, come dissi, aveva operata nel Maggio 1856 (1), ebbi la compiacenza non solo di scorgere che Ella si era già fatta una giovane molto graziosa, ma d'udire dal suo labbro parole piene di giubilo per lo stato perfetto in cui le parti operate trovavansi. Anzi per maggiormente mostrarmi la gratitudine che vivissima serbava nel profondo del suo cuore, mi disse che da Cervia ove dimorava, erasi recata appositamente in compagnia del padre a Bologna per annunziarmi che era prossima a maritarsi (e come avvenne diffatto), mentre poi a ciò avrebbe rifuggito certamente, se da me non avesse ricevuto il benefizio grandissimo d'essere stata liberata in un modo così perfetto da quella congenita schifezza. Non volli io per certo lasciare sfuggire questa occasione propizia, onde scorgere coi miei propri occhi quale fosse lo stato in cui trovavansi le parti operate, e fattalene preghiera, sebbene per pudore si mostrasse da prima ritrosa, finalmente accudì. Nella medesima pertanto con mia vera soddisfazione, potei osservare che l' apertura anale conservava i suoi contorni un poco increspati, mantenevasi nella dovuta regione, ed era in diretta comunicazione col retto intestino, che tratteneva ed emetteva le feci anche sciolte nel modo il più regolare; il perineo fornito dei suoi muscoli era sì sviluppato da presentare la lunghezza, la grossezza, la configurazione che per natura gli è propria, e la linea cicatrizzia susseguita alla longitudinale ferita che fu in esso perineo praticata e che scorrea nel suo mezzo, simulava perfettamente la ordinaria cicatrice del rafe. Nella regione della fossetta navicolare e della forchetta ove prima trovavasi lo sbocco del retto

(1) Rendiconto dell' Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna 1856, Bullettino delle Scienze Mediche della Società Medico-Chirurgica di Bologna, e Memorie della suddetta Accademia. Tomo VIII, pag. 51.

intestino, si riscontrava invece una robusta cicatrice, che impediva affatto alla sottostante parete del retto intestino di farvi sporgenza, e l'imene e le esterne parti generative conservavano lo stato loro d' integrità. In una parola tutto dimostrava che il risultato finale della mia operazione fu veramente, e mantenevasi completo e perfetto.

Essendo a me parso utile il rendere pubblico questo ben augurato risultamento, ne fu perciò fatta menzione nel nostro Bullettino delle Scienze Mediche (1), nutrendo io la speranza che reso noto un successo così singolare, non si sarebbe lasciata sfuggire occasione onde nuovamente esperimentare il mio processo, nel qual modo o se ne sarebbe potuto con tutta certezza stabilire l' utilità, o svelarne quelle pecche, o quei difetti, che avrebbero potuto condurre a farvi utili variazioni. E diffatti questa notizia non tardò molto a produrre buon frutto.

Erano venute alla luce due bambinette a pochi mesi di distanza l' una dall' altra colla discorsa imperfezione, la prima a Cà de' Fabbri, la seconda a Malalbergo, Comuni ambidue della nostra Provincia, e fra loro confinanti. Gli onorevoli signori Dottori *Crescimbeni* e *Frascari,* medici chirurghi condotti di quei Comuni, che aveanle vedute, e che leggendo lo stesso Bullettino erano venuti in cognizione dell' esito stabile della mia operazione, si diedero la premura di condurle a Bologna onde io le visitassi, ed anco, quando lo avessi creduto acconcio, le operassi.

La prima di queste due bambinette nomavasi Cesarina, era figlia di Rodolfo Pezzoli e della Maria Boni, aveva 26 mesi, e mostravasi di buona costituzione. Fino dai primi giorni dalla sua nascita, i di lei genitori si accorsero che emetteva per la innormale apertura anale sboccante nella vulva con molto stento il meconio, ed anzi vider di poi che man mano le feci rendeansi più sode, lo stento nello emetterle

(1) Bullettino delle Scienze Mediche fascicolo di Novembre 1864.

cresceva, e non erano per questo evacuate che a briccioli, e molto di rado, anzi volendo credere alla madre, una volta tardarono persino venti giorni a mostrarsi, motivo per cui se la bambina non era di frequente purgata andava soggetta a coliche molto temibili.

Esaminando quella fanciulletta non solo vidi che mancava dell'apertura anale nella regione dovutale, ma mi accorsi che quivi invece la cute foggiavasi a mò di piccola cresta. Questa regione era piuttosto tesa e prominente, e qualora premuta fosse colle dita, sentivasi profondamente una grossezza che pareva doversi a sibale indurite. Partendosi da quella cresta per dirigersi anteriormente verso la commessura posteriore della vulva, appariva la regione perineale, la quale era essa pure alquanto prominente e lunga poco più di un centimetro. Da quella cresta poi fin verso il cocige non iscorgevasi innormalità alcuna. Portando i miei esami alle esterne pudende le rinvenni in istato fisiologico, scostate però ampiamente le grandi e piccole labbra, ne vidi la mucosa che le tappezzava in un coll'imene in uno stato di irritazione, e nella regione della fossetta navicolare rasente l'imene stesso, trovai un pertugio profondamente retratto che conobbi essere lo sbocco del retto intestino.

Facendo attenzione quando la fanciulla andava di corpo osservavasi che, negli sforzi ch'ella esercitava onde emettere le feccie, quella angusta apertura appena appena ampliavasi, e questa era la cagione della somma difficoltà che incontrava onde evacuarle. Le feccie poi dirigevansi da basso all'alto, percorrendo nella stessa direzione la vulva, che ne rimaneva sozzamente lordata. Introdotto in quel pertugio uno specillo, si penetrava in un canaletto lungo più di un centimetro, il quale andava a sboccare in un'ampia cloaca fatta dal retto intestino, ove manifestamente rinvennersi accumulate e nascoste in gran copia sibale durissime. L'angustissima anale apertura coi suoi bordi confinava anteriormente coll'inferiore segmento della grande circonferenza dell'imene, ai lati ed

inferiormente era fiancheggiata dalle grandi labbra, posteriormente vedevasi abbracciata dalla fossetta navicolare. Le contrazioni cui andava soggetta facevano manifestamente conoscere che era fornita di un proprio sfintere.

Così essendo le cose, e bramosi mostrandosi i genitori della bambinetta che in lei si togliesse quella sconcezza, conveniva stabilire se allora qualche controindicazione vi fosse ad esperimentare una chirurgica operazione, e supposto che non ve ne fosse alcuna, determinare quale dovea essere il processo cui si poteva in questo caso accordare maggior confidenza.

Allo istante avrei detto che quel momento non era il più propizio, e ciò coerentemente a quanto nel secondo caso di cui ho fatto cenno avea pensato.

Fatta però di poi più attenta considerazione a questo vizio di struttura, mi confermai che vi si poteano associare circostanze tali da costringere qualche volta il chirurgo a ripararvi con sollecitudine anche nella primissima età, ed obbligarlo perciò a decampare da quelle norme che nei casi più semplici sono lodevolissime. E ciò appunto dovea pensarsi rispetto alla nostra Cesarina, giacchè considerazione fatta alle molestissime sensazioni indotte dalla lordura della vulva, alla ostinata stipsi, ed ai pericoli che per la medesima ne potevano conseguire, rendevasi evidente la necessità di prontamente ripararvi.

Posto ciò io doveva stabilire se il processo già adottato poteva pienamente soddisfare alle esigenze del caso su cui avrei dovuto applicarlo, o se invece rendevasi almeno necessario il variarlo. E di vero nella Cesarina notavasi tale vizio di conformazione nell' ultimo estremo del retto intestino, il quale se non mi poteva costringere ad allontanarmi da quei medesimi fondamentali principii che mi furono di scorta per ideare il mio processo, era però sufficiente per obbligarmi a variarlo. A questo fine presi anche in considerazione il processo che circa tre anni dopo di me, e cioè nel 1859, il *Nelaton*

fece conoscere nel quinto volume dei suoi Eléments de Pathologie Chirurgicale, per vedere se le varietà che in esso rinvenivansi fossero da prendersi in qualche considerazione nel caso mio. Ecco come egli lo descrive. Nous fimes à la région du périnée une incision cruciale dont la branche antérieure était un peu plus longue que les trois autres, et après avoir disséqué lex lambeaux, le tissu cellulaire sous-cutané, nous arrivâmes sur le rectum, qui était dévié en avant. Nous isolâmes cet intestin en bas d'abord, puis sur les côtés, et à l'aide d'un instrument mousse nous parvînmes sans beaucoup de difficulté à l'isoler complétement jusqu'au vagin, ce que nous a permis de faire la longueur de l'incision antérieure, puis avec un bistouri nous coupâmes circulairement le rectum au ras du vagin; l'extrémité inférieure de l'intestin, devenue mobile, put être facilement déplacée et fixée par des points de suture aux tégumens de la région périnéale. De cette maniére nous conservions à l'intestin toute sa longueur, et de la fistule vagino-rectale il ne restait que l'orifice vaginal qui ne communiquait plus avec le rectum.

Ma bisogna che io dichiari, che sebbene questo processo del *Nelaton*, da lui eseguito, in una neonata, avesse potuto permettermi, internandomi nella incisione crociale fatta al perineo (la quale egli antepone alla longitudinale semplice che io consiglio, e che estendo invece a tutto il perineo istesso) d'isolare l'ultima ed angusta porzione del retto intestino; tuttavia ciò non avrei potuto compiere che con molta difficoltà, mentre poi con una così limitata perineale incisione avrei incontrato non pochi altri ostacoli ad isolare nella mia atreta dalla vagina, ancora tutto l'altro tratto di retto che rendevasi indispensabile onde costringerlo a mettersi nella posizione normale. Ed a ciò pensare era indotto dall'avere io osservato, che non solo in quelle donne nelle quali per malattie diverse era stato forzato d'estirpare tratti più o meno estesi di retto intestino, ma ben anco nella stessa prima atreta da me operata, un tessuto connettivo così

stipato riuniva la parete anteriore del retto alla vagina, da obbligare alla più minuta e circospetta dissezione, la quale per certo in molti casi non potrebbesi compiere senza incontrare rischi gravissimi, qualora l'apertura fatta al perineo non fosse così ampia da prestarsi debitamente all'esame di quei tessuti profondi sui quali l'istrumento tagliente deve essere applicato.

Oltre di che operando alla *Nelaton*, la crociale ferita del perineo lasciar deve una cicatrice deformante quella regione, e la incisione stessa comprendendo alcuni muscoli perineali, potrà per questo compromettere le loro funzioni. L'apertura fistolosa poi rimasta pervia nella vagina in corrispondenza allo sbocco dell'ano innormale, avendo dietro di sè ed a nudo la parete anteriore del retto, renderà possibile la formazione di un rettocele vaginale, e concederà anche alle feci di nuovamente attraversarla, qualora malauguratamente l'estremo inferiore del retto intestino non prendesse aderenza coi margini cutanei formanti il nuovo ano, e più o meno in alto si retraesse. E finalmente l'intestino retto troncato circolarmente rasente la vagina, e fissato nell'anale regione mancando di quella, sebbene piccola, porzione di sfintere che aderisce alla innormale apertura vaginale, potrebbe, ogni qualvolta quella striscia di sfintere con regolarità non si riproducesse, trovarsi in condizioni meno acconcie a trattenere i flati e le feci quando fossero sciolte.

Se adunque, per quanto venni esponendo, non era ben fatto l'attenersi a questa operazione, conveniva quindi pensare di variare il mio istesso processo in modo tale, che almeno valesse a cangiare l'angusto e corto canale che formava l'estremo inferiore del retto in un'apertura capace di concedere un libero passaggio alle feci. E ciò come ognun vede era agevole ad ottenersi, o asportando affatto quel canaletto, od aprendolo in tutta la sua lunghezza. Ma anche operando in quest'ultimo modo, sebbene si avesse il grande vantaggio di conservare il piccolo sfinterino che ornava l'innormale

sbocco dell'ano, nondimeno diviso che fosse, potevasi ritenere impotente a funzionare colla dovuta regolarità, quando venisse posto in relazione coll'ampia anale apertura che andavasi a formare. Vari fatti però a me occorsi, e quello singolarmente da me descritto nell' antecedente memoria, fuori d' ogni dubbio comprovano che basta in alcune anche gravissime circostanze la presenza di una piccola porzione di sfintere perchè possano originarsi altri tessuti capaci di sostituire i tratti mancanti, e di permettere all'ano di funzionare colla dovuta regolarità.

Fatta pertanto a tutto ciò la dovuta considerazione, pareva quindi a me, che traendo profitto dello sfinterino che attorniava l'angustissima anale apertura della Cesarina potesse del pari sperarsi, che quand'anche la medesima apertura fosse stata nel conveniente modo ampliata, purchè venisse posta in acconcia relazione cogl'incisi perineali tegumenti, non fossero quivi pure mancate quelle fisiologiche evoluzioni, che valgono a munire il contorno del nuovo ano di un appropriato sfintere.

In tale fiducia, non frapposi più indugio alcuno alla operazione, la quale non ritardai, quantunque non mi fosse riescito mercè purgativi in antecedenza somministrati di sbarazzare il retto intestino dalle dure sibale che in copia vi si trovavan raccolte. Quindi nel giorno 27 Maggio 1865, essendo presenti gli onorevoli signori Dottori *Romei*, *Frascari*, e *Crescimbeni*, posta l' atreta su di una tavola munita di materasso e di cuscini, ed assicuratala nelle mani e nei piedi con larghe fettuccie di lana, in quel modo che d'ordinario si usa operando la litotomia, e tenutene ferme e divaricate le coscie da alcuni altri assistenti, con un bistorino panciuto feci nella regione perineo-cocigea una incisione nella direzione del rafe e rasente la piccola cutanea cresta che denotava la normale regione dell' ano, incominciando la incisione stessa precisamente nel mezzo della forchetta, e prolungandola fin verso la punta del cocige. Questo primo taglio

compreso avendo la cute ed il sottoposto cellulare tessuto. in pari modo mi condussi di poi nel dividere la fascia superficiale, l'aponeurosi esterna del perineo, e così mi si presentò manifestamente tessuto muscolare, che lo ritenni appartenere ai muscoli trasversi. Nella linea mediana cellulosa che separava questi muscoli approfondai allora cautamente il taglio, e poscia col medesimo bistorino separai dal cellulare sottostante le dette porzioni muscolari mantenendole però aderenti ai sovrapposti tessuti. Divaricati questi due lembi onde potere con sicurezza isolare allo intorno la porzione incurvata di retto intestino, rivolgerla in basso, e nel tempo stesso ottenere una apertura anale di conveniente dimensione, mediante una forbice a lame strette ed ottuse incisi da prima longitudinalmente la parete posteriore dell' angusto canaletto in cui il retto intestino andava a finire, e così potei penetrare col dito dentro di esso e svuotare la cloaca ripiena di grosse e dure sibale, tolte le quali la bambinetta ne espulse altre in quantità veramente strabocchevole. Allora colla scorta del dito stesso cominciai ad isolare tutto allo intorno il ripiegato intestino, e ciò feci con una certa facilità nelle sue regioni laterali, e posteriore, ma mi fu d'uopo di usare particolare diligenza ed accuratezza onde staccarne la parete anteriore dalla posteriore della vagina, ed anzi non vi riescii se non che dopo avere inciso con cauti, ripetuti, e piccoli colpi di forbice il tessuto stipato che a questa la riuniva. Ciò fatto, non tornandomi agevole il portare l'isolata porzione d'intestino posteriormente essendo quella regione occupata da grosso e consistente tessuto connettivo, mi decisi di incidere questo tessuto profondamente, e così potei innicchiarvi l'isolato intestino, e fissarne con alcuni punti di sutura l'ampliato sbocco, ai tegumenti divisi ed in corrispondenza al punto in cui trovavasi quella cresta che denotava la regione normale dell'ano. Dopo di che riunii pure con altri due punti di sutura interrotta anteriormente il perineo, la forchetta, e la commessura

posteriore divisa, non omettendo in tutte queste manualità di rispettare l'imene che conservossi intatto (1).

Alcuni giorni dopo l'operazione, ad onta dei somministrati purgativi, essendosi nuovamente soffermate ed indurite nell'anzidetta rettale cloaca delle fecali materie, fu d'uopo estrarle col dito. In appresso però non trovando più difficoltà ad escire spontaneamente dalla nuova anale apertura, l'allargato intestino riprese al di sopra di essa le dimensioni normali e le sue pareti acquistarono tanta forza da rendere regolarissima la espulsione delle feci stesse. Fra il sesto ed il nono giorno furono levati tutti i punti di sutura e si fece scendere la bambinetta dal letto, il 13 Giugno si mandò fuori di casa colla madre, ed il 24 dello stesso mese si rinviò pure colla madre nel Comune ove abitavano.

Esaminando la parte operata, si rinveniva l'apertura anale nella regione dovutale e vedevasi infossata, di figura circolare ed attorniata da tessuto cicatrizzio piuttosto molle ed increspato. Insinuando il dito in quella apertura, sebbene all'istante cedesse, faceasi però conoscere nel tempo stesso manifestamente contrattile tutto allo intorno, e ciò era prova patente che anche in questo caso aveano avuto luogo quelle fisiologiche evoluzioni che erano indispensabili allo svolgimento della mancante porzione di sfintere. Penetrando col dito nel retto intestino, scorgevasi pure che il medesimo aveva

(1) Di recente ho avuto in dono da un mio amico, il Dottor *Lodovico Cocchi* Medico Chirurgo di Crevalcore, un pezzo patologico appartenente ad una bambina morta pochi mesi dopo la nascita ed affetta dall'indicata atresia, in cui si nota che i due reni ne formavano un solo piuttosto voluminoso, Tav. 16.ª fig. 5.ª *a*, dal quale nascevano due ureteri, fig. 5.ª *b b*, che dopo piccolo tratto riunivansi essi pure in un solo, fig. 5.ª *c*, il quale andava a sboccare a sinistra nello interno della vescica, fig. 5.ª *d*. Esaminando le esterne parti generative si scorgeva che la clitoride era un poco più grossa dell'ordinario, fig. 6.ª *e*. Al disotto della medesima trovavasi il vestibolo, fig. 6.ª *f*, senza che apparisse traccia d'imene e di vagina. In esso vestibolo, posto alquanto profonda-

assunta una direzione un poco obliqua dal basso all'alto e dallo avanti allo indietro. I due lembi muscolo-cutanei anteriormente riunitisi per adesione, formavano un perineo lungo più di un centimetro. Scostate le grandi e piccole labbra nella regione ove prima dell'operazione rinvenivasi lo sbocco del retto, vi si trovava una robusta e piccola cicatrice, l'imene vedevasi intatto, e la mucosa che riveste l'interno della vulva nello stato fisiologico.

mente sboccava l'uretra, fig. 6.ª *g*, ed al di sotto di questa il retto intestino con un pertugio assai ristretto, fig. 6.ª *l* (1), motivo per cui l'ano mancava nella regione normale. L'estremità inferiore del retto intestino poi oltre il formare una gran curva per dirigersi e sboccare allo interno della vulva, per la lunghezza d'oltre tre centimetri era ristrettissimo, fig. 5.ª *m*, facendo specialmente considerazione al suo tratto superiore che si sarebbe detto convertito in una ampiissima cloaca, fig. 5.ª *n*. Fra l'uretra, la vescica, ed il retto intestino non vi era traccia di vagina, di matrice, e sue appendici, ma le indicate parti trovavansi insieme riunite per tessuto connettivo, posteriormente alla vescica ed in alto vedevasi una sporgenza triangolare, fig. 7.ª *o*, che costituiva un ampio diverticolo, il quale andava poi con una piccola apertura a sboccare nella vescica stessa, fig. 5.ª *p*. Mentre questo preparato anatomico mostra pure la convenienza d'incidere in tutta la sua lunghezza il ristretto canaletto con cui quasi sempre in simili casi termina il retto intestino, affine di rendere più ampia l'anale apertura e di togliere la lunga curvatura che offre la parete posteriore dell'intestino in causa del dirigersi che esso fa verso la vulva (la quale curvatura se rimanesse superstite si opporrebbe alla facile discesa delle materie fecali allo imbasso, e continuerebbe invece a favorirne la escita verso la vulva), questo pezzo anatomico, ripeto, serve pure a porre in avvertenza il Chirurgo, allorchè incontrare dovesse nelle esterne parti generative le indicate innormalità, e volesse portare l'estremo inferiore del retto intestino e l'apertura dell'ano nella normale regione, ad usare delle maggiori cautele, per non ledere, nell'isolare lo stesso intestino, l'uretra o la vescica con cui, mancando la vagina, esso si trova a contatto.

(1) In questa figura il retto intestino è rappresentato aperto nella sua lunghezza.

Merita pure si sappia che appena la fanciulletta fu ritornata alla propria casa, non essendosene avuta quella cura che le sarebbe stata conveniente, anzi avendola lasciata nelle giornate più cocenti vagare pei campi, scorse che furono alcune settimane, venne presa da grave dissenteria, per domare la quale, non prestandosi ella a prendere qualsiasi rimedio per bocca, i lodati Dottori *Crescimbeni* e *Frascari*, che con vera amorevolezza l'assistevano, vennero nel divisamento di apprestarle dei clisteri, i quali essendo benissimo trattenuti valsero a sollecitare la completa guarigione, e nel tempo stesso a confermare che della dovuta forza quello anale sfintere era fornito.

Ripresa la primitiva vigoria, la fanciulla fecesi gaia e piena di floridezza, e tutti coloro che in antecedenza l'avevano osservata, pieni di meraviglia ne ammirarono le parti che subirono l'operazione, le quali tanto bene si modellarono, da non riescire facile il potere altri convincere che in lei fosse esistito quel brutto congenito difetto.

Ritornata che fu alla propria abitazione la Cesarina, la madre dell'altra bambinetta atreta che, come dissi, unitamente alla Cesarina stessa mi avea portata, acciocchè la visitassi, e che in allora non volle lasciarla in Bologna desiderando, prima di decidersi a fare operare la sua cara figliuola, di conoscere cosa si fosse in quella ottenuto, appena essa pure coi propri occhi ebbe potuto osservare un risultato così seducente, non potè più trattenersi dal ricondurmela, spinta dal desiderio di vedere una volta tolta in lei una imperfezione che cotanto la cruciava, la quale, come or ora dirò, erasi già mostrata ribelle ad altri due tentativi di operazione, e cagionava alla bimba notevoli sofferenze.

Chiamavasi questa piccina Virginia Guglioli, suo padre era un uomo robustissimo, ben costituita era pure la madre, che avea dati in luce altri due figli, un maschio pervenuto già all'età di sette anni, ed una femmina che ne contava quattro, ambedue senza innormalità alcuna. Virginia, che

era la più piccola, poppava ancora, sebbene toccasse il diciasettesimo mese.

Appena la madre provò il dolore di accorgersi che la neonata figliuola emetteva gli escrementi dalla vulva, la fece visitare da un chirurgo il quale tentò subito con una incisione fatta nella regione dell'ano, e profonda in modo da comprendervi la corrispondente posteriore parete di retto intestino, d'aprire un varco alle materie fecali nella regione normale; ma per quanto egli si studiasse, non potè giungere a conservare la fatta apertura. Nè fu maggiormente felice un altro chirurgo il quale, alcuni mesi dopo, ritentò di riaprire con più ampio taglio l'anale regione stessa, e non mancò di cauterizzare a più riprese l'innormale sbocco dell'ano onde obliterarlo, giacchè per quanto ei pure facesse, i tessuti cicatrizzi che sorgevano dalla ferita, acquistando ognor più tendenza a contrarsi, resero intollerabile la presenza di quei corpi estranei che erano destinati a tener pervia l'artificiale apertura, per cui finì per chiudersi di nuovo, mentre poi l'innormale apertura anale, ad onta delle ripetute cauterizzazioni non mostrò tendenza alcuna ad obliterarsi. Prova anche questa della poca fiducia che devono ispirare in simili casi quelle operazioni le quali non hanno la potenza di condurre il deviato intestino nella normale regione, come io mi propongo di ottenere.

Virginia era molto vispa, piuttosto pallida, ma bene nutrita. Esaminando le parti male conformate, osservavasi nel mezzo dello spazio compreso fra la commessura posteriore della vulva ed il cocige una cicatrice nella direzione propria del rafe, lunga quasi due centimetri, avanzo delle pregresse operazioni. Divaricate le grandi labbra, appariva lo sbocco anale rasente l'osculo della vagina adorna d'un imene circolare. Quello sbocco si faceva conoscere molto ristretto, ed era in diretta comunicazione col tratto incurvato del retto intestino, che invece trovavasi notabilmente ampliato. La bimba stentava ad emettere le feci se non

erano sciolte, non potendo esse attraversare con facilità quel pertugio, e soffriva quindi di frequenti e penose enteralgie.

Per tale motivo specialmente, trovando opportuna la operazione, la eseguii il giorno otto del mese di Luglio scorso, onorato essendo della presenza del Prof. *Fabbri* dei Dottori *Romei* e *Verardini*, e della assistenza pure del distintissimo giovane signor Dottor *Ercole Fabbri*, figlio dell' or nominato Illustre Professore.

Collocata ed assicurata la bimba su di un tavolo, come venne fatto nell' altra atreta, fu in essa incisa la cute longitudinalmente dalla commessura posteriore della vulva fin verso il cocige, e furono pure divisi i sottostanti tessuti colle regole dianzi descritte. In questa bimba, onde con tutta sicurezza colla scorta del dito isolare l' incurvato retto intestino allo intorno, e nel tempo stesso ottenere una apertura anale delle dimensioni normali, pel tratto necessario sbrigliai nella sua regione posteriore l' angusto orlo che costituiva lo sbocco del retto. Appena ebbi ciò fatto, sì grande fu la copia di materie fecali che anche questa piccina evacuò da rimanerne sorpresi, tanto più che prima della operazione era stata replicatamente purgata e molte ne avea emesse; in tal modo il ventre che in lei mostravasi molto tumido rimase tosto avvallato. Colla guida del dito facile allora mi riescì lo isolare posteriormente ed ai lati l' intestino retto, ma non fu così rispetto alla sua parete anteriore. Ascrivo anzi a grande ventura l' avere aperte nel modo che io consiglio ampiamente le esterne parti, giacchè senza di ciò non mi sarebbe stato concesso l' esame minuto e diligente mercè la vista ed il tatto di quegli stipati tessuti, che adagio adagio conveniva tagliare colle forbici ottuse, onde non correre il rischio di ferire il retto o la vagina ove erano fra loro fortemente aderenti. Di tale guisa operando, fu invece resa libera con tutta sicurezza anche la parete anteriore del retto intestino, per cui inciso posteriormente nella regione cocigea il tessuto connettivo denso ivi esistente, potè questo intestino

istesso, dopo averlo rivolto in basso, andarla ad occupare, e nel tempo stesso permettere al suo bordo anale, già ampliato, d' essere riunito con alcuni punti di sutura ai tegumenti divisi nel posto che gli dovea esser proprio. Con un punto di sutura clavata poi furono posti a contatto anteriormente al nuovo ano i perineali tessuti.

La bambina si mantenne tranquillissima in tutta la giornata, ma nella notte si mostrò irrequieta, sul fare del giorno vomitò in copia del latte, ed il suo polso si rese febbrile. Esaminata la parte operata si rinvennero i tessuti perineali molto gonfi, e dolenti in modo da obbligare a togliere il punto di sutura clavata. In quel momento quei tessuti erano uniti, alcuni giorni dopo però si riaprirono, ma ciò non mi diede rammarico, perchè mi accorsi che, tenendo accostate le coscie della bimba, i bordi divisi si poneano così bene a contatto da potere sperare che, mantenendo le coscie stesse in quella posizione mercè delle fascie, quantunque più lentamente, la cicatrice li avrebbe insieme assodati, e perchè fui certo che l' estremo inferiore del retto intestino trovavasi di già ben riunito al margine cutaneo del nuovo ano, e non lasciava perciò più temere che le feci fossero per riprendere la direzione antica. Fermate pertanto le coscie nel modo descritto, ebbe luogo diffatti la formazione di un tessuto cicatrizzio che scambievolmente, e senza bisogno di ripetere la sutura, riunì i bordi perineali e la forchetta, per cui dopo un mese di cura, non trovando motivo alcuno di trattenere ancora la bambina in Bologna, venne essa rinviata alla propria casa, avendo le parti generative e la regione anale in uno stato di vera normalità, come poterono constatare lo stesso Prof. *Fabbri*, il Dott. *Verardini* ed il Dott. *Romei* che mi usarono la cortesia di esaminarla (1).

(1) Questa fanciulla è stata da me riveduta il giorno 17 Maggio del corrente anno 1869. La defecazione si compie in lei nel modo il più naturale, integro si conserva il tessuto cicatrizzio formatosi nella regione del perineo, il quale mostrasi lungo più di un centimetro.

Nel tempo in cui io aveva tenute nella mia abitazione queste due povere bambinette onde togliere in loro quello schifoso congenito difetto, un' ottima persona del Finale di Modena, che dimorava presso un mio inquilino, avendo appreso che il processo operatorio nelle medesime eseguito era riescito a perfezione, tosto che ripatriò, si diede premura d' inviarmi una ragazzina del suo paese, povera essa pure, la quale aveva la medesima innormalità anatomica, pregandomi di fare anche a questa la carità di riceverla presso di me onde operarla, al quale desiderio con piacere accudii.

Il suo nome era Maria, il padre chiamavasi Alessandro Merighi, la madre Beatrice Gaspari, non toccava ancora i 14 anni, mostravasi di buona costituzione, ed in lei i mestrui non erano per anco comparsi. Vedevasi pure in questa ragazzina lo sbocco dell' ano rasente l' imene, ma più che nelle altre due bambinette infossato e molto angusto, e ciò era anche per essa cagione di stipsi ostinate, che obbligavano a frequente uso di purgativi, altrimenti sorgevano coliche temibilissime. Il padre che l' accompagnava mi volle poi assicurare che anzi una volta temettero di perderla in causa di non essersi potuto, ad onta dell' uso di appropriati rimedi, ottenere in lei per un mese intiero evacuazioni alvine di sorta. Insinuata una siringa da donna in quello spiraglio, si conosceva manifestamente che la parete posteriore del retto intestino formava una gran curva, la quale cominciava molto in alto, mentre la sua parete anteriore era invece per un piccolo tratto soltanto leggermente arcuata. La stipsi cui la ragazzina andava soggetta, lo schifo che provava per le immondezze che ne imbrattavan le esterne parti generative nell' atto della defecazione, ed il pensiero, dal quale cominciava ad essere conturbata, che non le si sarebbe poi con sì ributtante difetto reso facile il maritarsi, furono i principalissimi motivi che la spinsero a sottoporsi alla consigliatale operazione, la quale io eseguii nel giorno otto del

mese di Settembre 1865, ed a cui favorirono di assistere gli Onorevoli signori Dottori *Verardini*, *Romei*, *Belluzzi*, *Pilla*, e *Rasi*. Tagliati i tessuti perineo-cocigei nella direzione del rafe colle regole da me prescritte, venne posto così a nudo l'ultimo tratto della parete posteriore del retto intestino. Per iscuoprire poi la sua porzione più alta, mi fu forza sbrigliare dapprima posteriormente l'angusto intestinale sfintere, onde insinuarvi il dito che servir mi dovea di scorta, indi incidere profondamente, verso il cocige, quel tessuto connettivo che in questi casi occupa il posto che invece tener dovrebbe il retto intestino, e giunto per tal modo a porre allo scoperto tutta la sua parete posteriore, la quale vedevasi formare una insaccatura a guisa di gozzo di gallina, ne isolai pure le sue laterali pareti. Ma quando mi accinsi a staccarne l'anteriore, mi accorsi che in causa di trovarsi essa leggermente incurvata, rimaneva perciò molto più corta della posteriore, onde rendevasi necessario d'isolarla dalla corrispondente vagina per non poca estensione, acciocchè fosse più facile, stirandola in basso, d'allungarla, di portarla a contatto degl'incisi tegumenti perineali, e di fissarla ai medesimi in guisa da formare il segmento anteriore del nuovo ano. Questo tempo della operazione che io riteneva il più malagevole, mi riescì invece assai facile, giacchè fortunatamente quivi, a differenza degli altri due casi narrati, il tessuto connettivo non era molto stipato, e potè perciò in parte essere lacerato colle punte smusse di una forbice, e nel resto diviso a piccoli tratti coi taglienti delle forbici stesse. Allora ebbi una difficoltà a sormontare. L'incurvata posteriore parete dell' intestino formando come dissi una insaccatura a guisa di gozzo, non poteva in causa di ciò, rivolto che fosse l' intestino in basso, debitamente innicchiarsi nell' antecedentemente diviso tessuto stipato della regione cocigea, motivo per cui fu forza, acciocchè le feci non trovassero inciampo alcuno alla loro discesa, allungare la smagliatura fatta nello sfintere in modo da aprire

pur anco quella specie di gozzo. E ciò fu ben fatto, giacchè allora soltanto con impeto spruzzarono in basso feci sciolte in gran copia, le quali rimanevano soffermate nella parte più alta dell' intestino che rinvennesi di smisurata ampiezza. Dopo tutto questo, l' incisa inferiore estremità di retto intestino potè essere riunita con alcuni punti di sutura ai tegumenti perineali in modo da costituire un' apertura anale regolare; e così pure mediante la sutura riuniti gli anteriori divisi tessuti, la vulva ed il perineo riescirono a perfezione.

Ma scorse che furono tre giornate, avvenne che la corta parete anteriore dell'intestino fortemente stirata in basso in un punto cedette, per cui, poco dopo, alcune materie fecali sciolte forzando i punti di sutura scaturirono dalla vulva; ciò per altro non valse a rattristarmi, giacchè sperai che, tolta essendo mercè la eseguita operazione la intestinale insaccatura avente forma di gozzo, le feci non trovando più ostacolo alcuno a dirigersi per la via del nuovo ano avrebbero permesso, man mano che la cicatrice si andava formando, la obliterazione completa dell'apertura che sgraziatamente era nella vagina apparsa, la quale obliterazione, se pure fosse ritardata, avrebbe potuto essere agevolata colla ripetuta causticazione. Ma senza di questa, sebbene con lentezza, la guarigione fu completa, e le parti operate furono alla perfezione ridotte, per cui facile e libera essendosi resa la emissione degli escrementi pel nuovo ano, il tratto più alto del retto intestino, che trovavasi in enorme modo allargato, riprese avendo le dimensioni che gli si competono, poteva adempiere i propri uffici con tutta regolarità (1).

Adunque dalla esposizione che io ho fatta si rende manifesto, che lo studio anatomico di questa innormalità di strut-

(1) Pochi giorni or sono ho ricevuta una cortesissima lettera da questa giovinetta, colla quale vengo rassicurato della stabile e perfetta guarigione in lei ottenuta.

tura, e le ripetute occasioni di provvedervi chirurgicamente, ponno condurre a scuoprire tali anomalie da richiedere provvedimenti speciali nell'atto operatorio onde possano essere debitamente corrette (1). E di vero, dai fatti che ho osservati e che qui esposi, appare che nelle tre ultime atrete da me operate, diversamente dall'altra in cui non pochi anni or sono per la prima volta esperimentai il mio processo, lo sbocco del retto era nelle medesime in modo molto più improprio foggiato. In queste vedevasi assai angusto, ed anzi in una lo sbocco istesso comunicava con un canaletto, che facevasi conoscere del pari ristrettissimo fino al punto ove andava ad aprirsi nell'ampolla rettale. La innormale curva poi di questo intestino nei singoli casi mostrossi più o meno pronunziata, anzi nell' ultimo si rinvenne tale da formare, a spese singolarmente della sua posteriore parete, una specie di insaccatura avente la forma di gozzo, mentre invece la sua parete anteriore fece conoscere un rimarchevole difetto di sviluppo. Ed oltre a ciò, non identica pure mostrossi la consistenza del tessuto connettivo che insieme legava in queste atrete l'anteriore parete di retto intestino colla vagina, ed altresì diversa l'ampiezza che aveano assunte le ultime porzioni del crasso, che rinvennersi persino smisurate. E finalmente il tessuto connettivo che in questa viziata conformazione di parti occupa la region cocigea, là dove trovar si dovrebbe l'intestino retto, si rinvenne più o meno copioso, e persino tale, da estendersi non solo molto in alto, ma da spingersi ben anco in avanti in modo assai notevole.

E fu appunto la conoscenza di queste anatomiche anomalie, che in parte potei ravvisare nelle mie atrete prima di operarle, in parte mentre compiva la operazione, che mi servì di ammaestramento onde variare il mio processo in quel modo che i singoli casi esigevano, e che mi giovò tanto,

(1) Il lavoro pubblicato nel 1856 da *Goyrand* nella *Gazette Médicale de Paris* ha concorso a confermare e completare le moderne ricerche fatte da *Roux* di Brignole, e da *Buisson* sui *Vizi di conformazione dell' ano e del retto intestino* ed a fornire le basi d'importanti indicazioni chirurgiche.

da impedire che l'atto operatorio riescisse imperfetto ed inefficace. Approfittando diffatti di tali cognizioni, in una delle tre ultime operate sbrigliai l'angusta apertura anale onde ridurla alle dimensioni dovutele, in un'altra non potendo a ciò limitarmi, e volendo in essa lei conservare il piccolo sfinterino che attorniava l'estremità dell'angusto canaletto in cui il retto intestino andava a finire, ebbi cura di non sacrificarlo, ma aprii piuttosto esso piccolo canale in tutta la sua lunghezza e lo trasfigurai in un'ampia e regolare anale apertura, e nella terza, diviso che ebbi l'angusto sbocco del retto e posta a nudo quella specie di gozzo che trovavasi nella sua posteriore parete, prolungai in essa l'incisione onde aprirla ed impedire che, attesa la direzione fortemente incurvata allo innanzi delle sue fibre muscolari longitudinali, le feci piuttosto che dirigersi in basso verso la regione del nuovo ano, venissero spinte in avanti contro la vulva, come per lo innanzi facevano. Nella Cesarina e nella Virginia avendo rinvenuto il tessuto connettivo che riuniva insieme il retto intestino e la vagina stipatissimo, fui costretto di eseguire un'assai minuta e delicata dissezione, che non fu similmente necessaria nella Maria, perchè in questa quel tessuto era meno compatto, e mentre nelle due prime si rese sufficiente il compiere per piccolo tratto il medesimo distacco acciocchè l'anteriore intestinale parete potesse essere con facilità condotta nel posto che dovea essere di sua pertinenza, nell'ultima invece trovandosi quella parete assai corta fu forza isolarla per esteso, affinchè si lasciasse distendere in modo da potersi prestare a formare il margine anteriore del nuovo ano. E mentre in queste atrete si rese necessario lo incidere il tessuto connettivo occupante la regione cocigea per innicchiarvi il retto intestino dopo averlo spostato dalla impropria località cui erasi diretto, nella Maria, atteso il maggiore sviluppo dei suoi organi e del suo corpo, codesta sezione dovette farsi molto più ampia, profonda , ed in modo assai più malagevole. Siccome poi in

queste atrete, a motivo dello sbocco molto angusto dell'ano innormale, gli escrementi aveano trovato delle difficoltà al loro libero passaggio, e per questo si erano andati via via intasando nel retto intestino e lo aveano ampliato persino in una maniera veramente straordinaria, così, eseguita che fu l'operazione, si rese indispensabile il facilitare per qualche tempo la espulsione degli escrementi acciocchè più non vi si soffermassero, e l'intestino avesse campo di restringersi e fisiologicamente funzionare.

Infine dai fatti tutti annunziati si ricava pur anco che sebbene, quando non sianvi impellenti motivi, il ritardare alquanto simili operazioni possa riescire lodevole, pur tuttavia determinandovisi, contrariamente a quanto supporre potevasi, anche nelle bambole, si può sperare buon frutto, e ciò deve tanto più indurre a non protrarle di troppo allorquando il passaggio degli escrementi attraverso la vulva desta sensazioni moleste o penose, e quando per lo stento che le feci incontrano alla loro libera escita hanno origine enteralgie, intasamenti, od altri temibili mali. E giacchè per evitarli in simili casi sarebbe pur forza lo ampliare almeno l'angusto sbocco del retto, e converrebbe, volendo ottenere una sufficiente apertura, incidere in un col margine anale contemporaneamente la fossetta navicolare, e la forchetta, e guastare perciò d'avvantaggio le parti esterne generative, così io credo che, quando occorra operare, valga meglio il dar mano ad un processo radicale, come è quello che io ho proposto, e che può, come mostrai, all'occorrenza essere variato; col quale poi mentre non si deturpano, ma si perfezionano le esterne parti generative, si costringe nel tempo stesso il retto intestino a portarsi ed a rimanere permanentemente nella regione che per natura gli è propria.

Tav. XVI.
F. 1.
F. 4.
F. 7.
F. 2.
F. 3.
F. 6.
F. 5.
O. Nannini dis.
Lit. G. Wenk.

DELLA

PERINEO-CHEILORAFIA

NELLA CURA

DELLE PROCIDENZE DELLA MATRICE

Avendo la esperienza ben di frequente mostrato a me pure, che in molti casi assai male si prestano i meglio formati pessari a mantenere nascosta entro la pelvi la discesa e sporgente matrice, e che anzi non di rado i medesimi cagionano mali di non poca rilevanza, ad imitazione di varii chirurghi, piuttosto che in simili circostanze abbandonare le donne alla loro triste sorte, divisai soccorrerle con qualche processo operatorio cruento, che dasse speranza di potere impedire alla matrice d'insinuarsi fuori della vulva.

Il primo tentativo che feci di questo genere fu semplicissimo, e si ridusse alla escisione longitudinale di alcune pieghe della membrana mucosa che tappezzava l'ampio osculo vaginale della donna che assoggettai alla operazione, la quale fu di tal guisa fatta, coll'intendimento di ottenere nei tratti ove la mucosa rimase escisa, così forti e ristrette cicatrici, che valessero a rendere tanto angusto l'ingresso della vagina da non concedere più alla matrice di prendere posto nella vulva (1).

(1) Bullettino delle Scienze Mediche della Società Med. Chir. di Bologna fasc. di Settembre 1839.

Ma il risultato che ne ebbi, non essendo stato così completo da rendermi sicuro di potere evitare; che l'utero spinto in basso da cagioni meccaniche diverse, col suo collo forzasse di bel nuovo l'orifizio vaginale, vi si intromettesse, e finisse per attraversarlo completamente e portarsi di nuovo fuori delle pudende, rivolsi perciò i miei pensieri ad altro metodo operatorio che, immaginato a barbaro fine, venne invece, a' nostri dì, dal Fricke con qualche fortuna applicato alla cura di questi prolassi (1).

Gelosi infatti alcuni popoli selvaggi dell'Asia e dell'Affrica di cogliere il fiore della verginità d'una giovane sposa, e mossi da principii religiosi ben diversi da quelli che dominavano i nativi di Goa, di Calicutta, del Madagascar e delle isole Filippine, che con tutta indifferenza, anzi molto volentieri lo cedevano ai sacerdoti od agli stranieri, ricorsero quei selvaggi a diversi mezzi, onde forzare le giovani a conservare la loro verginità fino al momento del matrimonio, fra i quali dee specialmente notarsi l'agglutinamento delle grandi labbra in quasi tutta la loro lunghezza, procurato mercè la cruentazione e la sutura, riserbandosi poi al marito nel giorno coniugale di fendere col tagliente del suo pugnale la formatasi cicatrice, e di cogliere in modo così brutale il fiore della verginità.

Fu di questa operazione che si valse il Fricke per curare le cadute complete dell'utero; nella quale però trovando io alcuni pregi non disgiunti a notevoli difetti, pensai a toglierli od a correggerli, il che mi venne fatto, sostituendo alla semplice episiorafia un altro processo operatorio che con questo

(1) In una donna affetta da voluminoso cistocele estravulvare, compresi la vagina che cuopriva il tumore in due legature: cadute le ascare, si formò una robusta cicatrice che impedì la rinnovazione del prolasso: in un altro di simili casi feci invece la escisione della porzione di vagina che cuopriva pure il tumore; formatasi la cicatrice ottenni del pari la guarigione del prolasso.

stesso nome chiamai per del tempo, ma che di poi più acconciamente mi piacque denominare perineo-cheilorafia.

E già fino dall'anno 1843 così operando nello Spedale Provinciale e Ricovero, ne otteneva due felicissimi risultati (1), i quali mi invogliarono a fare degli studi speciali intorno questi prolassi, onde meglio conoscere quelle varietà che avrebbero potuto indurmi ad estendere od a limitare l'applicazione del mio processo operatorio.

Nè mancommi per certo subito l'opportunità, in quanto che nel nominato Spedale accogliendosi gran numero di donne vecchie o decrepite, facile mi fu l'incontrarmi in alcune di quelle affette dalla indicata malattia, tre delle quali anzi essendo venute a morte nel successivo anno 1844, mi permisero di ispezionarne colla maggiore accuratezza i cadaveri, di conoscere i cangiamenti anatomici avvenuti nelle parti protruse, e di stabilire dietro ciò il profitto che in casi identici, od analoghi, trarre poteasi dalla perineo-cheilorafia.

Il primo cadavere da me notomizzato fu quello di una vecchia di 65 anni, morta la notte del 20 Marzo 1844 per emorragia cerebrale. Il prolasso pendente fra le grandi labbra era della grossezza di un ovo di tacchina, la vagina del tutto arrovesciata ne formava lo esterno inviluppo. Nell' apice del tumore sporgente in basso, vedevasi il muso di tinca, il quale era rappresentato da una fessura trasversale della lunghezza di un centimetro e mezzo, scomparsa essendo affatto la porzione intravaginale del collo della matrice. Il tumore mostravasi più rigonfio anteriormente di quello che nol fosse posteriormente, l'apertura uretrale esterna era spinta in alto verso la clitoride, mancava ogni traccia di vestibolo, e non marcavansi che pochi avanzi di perineo.

Palpeggiato il tumore, faceva sentire sotto la parete anteriore della vagina alcuni tessuti molli che giudicai essere

(1) Vedine la relazione nel Bullettino delle Scienze Mediche della Società Med. Chir. di Bologna fasc. di Novembre e Dicembre 1843.

formati dall'uretra, e da porzione della vescica urinaria spostate, e posteriormente notai un corpo cilindrico formato da tessuto consistente, del diametro di un centimetro, che dal muso di tinca si insinuava entro la pelvi.

Introdotto il dito indice nel retto intestino e direttolo in alto, allora manifestamente sentii che l'anzidetto corpo cilindrico dirigevasi esso pure in alto per confondersi con un altro corpo della forma e volume di una matrice piuttosto piccola, per cui lo ritenni formato dalla porzione sopravaginale del collo uterino notabilmente allungata. Diffatti aperto l'addome di quel cadavere, e portate le mie indagini alla regione dell'utero, lo trovai veramente di volume minore dell'ordinario e disceso di soli due centimetri dalla regione che gli è propria, coi legamenti in uno stato abbastanza marcato di stiramento, e manifestamente notai che in realtà il corpo duro e cilindrico summenzionato, era costituito dal collo uterino nella sua porzione sopravaginale resosi della lunghezza di cinque centimetri, e ricoperto anteriormente dall'uretra e da un tratto di vescica urinaria, il quale collo, senza che il corpo dell'utero si fosse, come dissi, allontanato di molto dalla propria sede, aveva perciò potuto in un colle anzidette parti insinuarsi entro il tumore che costituiva il prolasso, in guisa da occuparlo longitudinalmente e da fondersi nel muso di tinca.

Questo fatto importantissimo indurre mi dovea a ricercare se la ipertrofia longitudinale del collo dell' utero che io aveva rinvenuta nel cadavere da me ispezionato, e che il sommo Morgagni aveva pure una volta osservata non che il Levret, era a ritenersi, come opinava il Monteggia, un fatto patologico puramente eccezionale, o se invece era a credersi che in varii di quei casi, cui davasi dai Chirurghi il nome di caduta della matrice, l'arrovesciata vagina, piuttosto che il corpo, racchiudesse la porzione sopravaginale del di lui collo resasi longitudinalmente ipertrofica.

Di ciò, io credo prima d'ogni altro mi persuasi, dopo che ebbi fatte le altre due ispezioni anatomiche che voglio riferire.

Moriva nel suddetto Spedale il 10 Maggio dello stesso anno 1844 una ottuagenaria donna, la quale era stata madre di sette figli, e che era affetta da assai voluminoso prolasso ritenuto, da chi l'aveva in addietro curata, formato dal corpo della matrice.

Il tumore aveva una figura quasi cilindrica, il suo asse era della lunghezza di sette centimetri, il diametro maggiore di quattro. Il muso di tinca era rappresentato da due labbri frastagliati, l'anteriore dei quali cuopriva alquanto il posteriore. L'arrovesciata vagina mostravasi un poco ispessita, il tumore anteriormente era piuttosto appianato, rigonfio invece posteriormente, il perineo mostravasi ridotto a due millimetri di altezza.

Palpeggiato il prolasso, sentivasi anche qui manifestamente un corpo cilindrico consistente che dal muso di tinca si insinuava verso la pelvi. Spinto il dito nel retto intestino, se ne trovava una porzione ripiegata in basso a modo da costituire un marcato rettocele vaginale, e si avvertiva benissimo l'indicato cordone, che quindi, per l'antecedente osservazione, ritenni la porzione sopravaginale del collo dell'utero ipertrofica nella sua lunghezza. Aperto diffatti l'addome, trovai la vescica urinaria e l'uretra per nulla spostate, il fondo dell'utero al dissotto del livello naturale, il di lui corpo un poco allungato ed appianato, stirati alquanto in basso i legamenti, ed il collo dell'utero pure stirato, e della lunghezza di sette centimetri, di grossezza poco meno della normale, insinuantesi profondamente entro il tumore per terminare nel muso di tinca, ed avente posteriormente un tratto di intestino retto arrovesciato.

E così pure nel cadavere di una vecchia morta nello stesso Spedale di anasarca, nell'età di 73 anni, pochi mesi dopo la testè nominata decrepita, rinvenni un voluminoso

prolasso di matrice, la figura del quale si accostava alla sferica, ed il di cui diametro maggiore era di cinque centimetri. La vagina, completamente arrovesciata, non lasciava scorgere posteriormente che poche traccie di perineo. Il muso di tinca era raffigurato da due labbri, l'anteriore dei quali mostravasi un po' più grosso del posteriore. Anche in questo caso, tanto l'esterna palpazione quanto la esplorazione per la via del retto intestino, rendevano manifesto il solito cilindrico fibroso cordone, il quale, aperto che fu l'addome del cadavere, si fece realmente conoscere per la porzione sopravaginale del collo dell'utero, della lunghezza di sette centimetri ed alquanto assottigliata. Il corpo dell'utero era di tre centimetri disceso dalla sede normale, ed i suoi legamenti vedevansi allungati. Piccola porzione del basso fondo della vescica urinaria e di retto intestino formavano parte del tumore. In questo caso poi, come negli altri summentovati, le tube falloppiane e le ovaie non presentavano alcuna innormalità.

I pezzi patologici che ho descritti, e che per la loro importanza non ho mai ommesso di fare osservare ai miei scolari, furono pure resi ostensibili nell'anno 1850 alla Società Medico Chirurgica di Bologna (1) dall' onorevole sig. dott. *Cesare Taruffi* già mio assistente nel suddetto Spedale, ed ora Professore di Anatomia Patologica in questa Regia Università, non che alla stessa Accademia delle Scienze, onde all' appoggio dei medesimi, e di altri non pochi in seguito da me veduti, dimostrare che, a mio credere, quegli spostamenti i quali vengono denominati comunemente cadute d'utero, invece di essere prodotti dalla discesa di tutta la matrice, erano nella maggior parte dei casi, al contrario di quanto anche lo stesso Monteggia opinava, formati dalla ipertrofia longitudinale e sopravaginale del collo dell'utero stesso, susseguita a gra-

(1) Bullettino delle Scienze Mediche della Società Med. Chir. di Bologna fasc. Maggio e Giugno 1850. I pezzi patologici istessi sono ora depositati nel museo patologico della Università.

duale arrovesciamento della vagina, ed associati non di rado alla discesa dell' uretra, di porzione di vescica urinaria, e di intestino retto, e ciò senza che il corpo della matrice si sposti in modo assai notevole dalla sua posizione normale.

La frequenza della quale ipertrofia longitudinale della porzione sopravaginale del collo della matrice fu poi dopo di me dimostrato, come risulta in ispecial modo da un esteso ed importantissimo lavoro pubblicato nelle Memorie dell' Accademia Imperiale di Medicina di Parigi (1), da un illustre chirurgo quale è l' Huguier, con questo però, che io ho avuto la fortuna d'incontrarmi in casi da nessun altro veduti.

Fu accolta nella Clinica Chirurgica, da me diretta, sui primi del Novembre 1859, una donna nominata Serafina Caviliori, cenciaiuola, d'anni 48, acciocchè la curassi di un prolasso della matrice, che invano erasi tentato di contenere entro la pelvi mediante dei pessari. Portati i miei esami alle pudende, osservai l' osculo della vagina ampiissimo, il perineo quasi completamente scomparso, e pendente fuori delle grandi labbra un corpo di figura conoide della lunghezza di quasi quattro centimetri, del diametro di un centimetro e mezzo, ed avente all'apice diretto in basso una piccola apertura rotonda dalla quale gemeva un muco biancastro. Quel corpo era libero tutto all'intorno, la membrana mucosa che lo rivestiva era rossa, non ulcerata, non indurita, ma sul medesimo strettamente aderente. Insinuato il dito entro la vagina, si rilevava in allora che la indicata membrana mucosa si continuava colla membrana mucosa della porzione più alta della vagina o cul di sacco della medesima, che si era arrovesciata in basso, ed era giunta fino all'osculo vaginale nascondendo entro sè un altro corpo cilindrico sul quale si poteva col dito scorrere pel tratto di quattro centimetri e mezzo, e della medesima grossezza e consistenza del

(1) Memoires de l'Académie Imperiale de Médecine. Tom. 23 Paris 1859.

superiormente ricordato col quale continuavasi. Da tutto ciò si rendeva manifesto, non solo che il corpo di figura conoide pendente fra le grandi labbra era costituito dalla porzione intravaginale del collo uterino ipertrofica nella sua lunghezza, ma pareva anche evidente, che il corpo cilindrico il quale con questa porzione di collo continuavasi fosse formato dal tratto sopravaginale del collo della matrice resosi esso pure longitudinalmente ipertrofico.

Nulladimeno onde togliere ogni dubbiezza, non solo ebbi ricorso agli ordinarii mezzi d'isterometria, ma non omisi pur anco di afferrare colle tre prime dita di una mia mano, e di portare maggiormente fuori della vulva la libera e sporgente porzione ipertrofica del collo uterino, nel qual modo il tratto sopravaginale di esso collo, ed il corpo, ed il fondo dell'utero stesso furono condotti così in basso da concedermi mediante il dito indice dell'altra mia mano introdotto nel retto intestino di riconoscerli fuori d'ogni dubbio, e stabilire che la porzione sopravaginale del collo uterino era giunta alla lunghezza di oltre quattro centimetri e mezzo.

Questo fu il primo fatto che mostrò alla scienza anatomo-patologica potersi rinvenire contemporaneamente l'ipertrofia longitudinale della porzione sopra ed intravaginale del collo della matrice, invano ricercata anche dallo stesso Huguier, ad onta delle sue molte ed accurate osservazioni; il quale fatto trovò conferma, come accennai, in un altro che nell'anno scolastico 1861 vidi pure nella mia Clinica, e nella persona di certa Teresa Ferri, bolognese, dell'età d'anni 38. Esaminata con tutta diligenza questa donna, le si vedeva pendere fra le coscie e fuori della vulva un corpo di figura conoide, lungo quattro centimetri, grosso due centimetri e mezzo, di consistenza fibrosa, pertugiato al suo apice, il quale era diretto inferiormente, tappezzato da una membrana mucosa su di esso aderente, ingorgata di sangue, ulcerata, e continua in alto colla mucosa del cul di sacco della vagina in basso arrovesciata, e formante base all' indicato corpo

conoide. Potea questo corpo essere spinto entro essa vagina e nascondervisi totalmente, rimanendo così un ampio osculo vaginale, al di sotto del quale trovavasi il perineo ridotto a minime dimensioni, e ciò anche per lacerazioni nel medesimo avvenute nei pregressi parti.

Riconosciuto quel corpo per la porzione intravaginale del collo dell'utero resasi longitudinalmente e nella sua circonferenza ipertrofica, volli assicurarmi se anche la porzione sopravaginale di esso collo trovavasi nel medesimo stato, e ripetuti gli esami nel modo stesso praticato nell'altra donna testè ricordata, potemmo ed io, e quanti altri frequentavano la mia Clinica e visitarono l'inferma, renderci certi che anche la porzione sopravaginale del collo di quell'utero trovavasi longitudinalmente ipertrofica, avendo questo tratto acquistata manifestamente la lunghezza di quattro centimetri e mezzo, mentre poi il corpo della matrice esso pure abbassatosi appariva delle dimensioni normali.

E così pure vidi in Clinica, in una giovane di 24 anni, affetta da procidenza uterina, ipertrofia longitudinale sopra, ed intra vaginale del collo dell'utero. La porzione sopravaginale misurava 5 centimetri, la sottovaginale 4. Questa era costituita quasi esclusivamente dal labbro anteriore del muso di tinca, che avea assunta la forma di una piccola pera alquanto schiacciata. Ho poi potuto notare in seguito che questa forma può variare, ed altresì confermare che in alcuni casi la ipertrofia longitudinale sopra ed intravaginali, hanno luogo contemporaneamente, non solo in lunghezza, ma anche in grossezza, e finalmente che le procidenze della matrice ponno associarsi a vizi di conformazione della pelvi.

Ora poi non posso a meno di riferire un altro ben diverso, e singolarissimo caso, la di cui storia fu redatta dall'onorevole signor Dottor *Sebastiano D'Ormea*, Medico Assistente alla Clinica delle malattie veneree e cutanee (1).

(1) Bullettino delle Scienze Mediche fasc. di Dicembre 1867.

Il giorno 16 Luglio 1867 entrava nello Spedale di S. Orsola di Bologna, nella sezione delle malattie sifilitiche, certa Maria O...... per disturbi uterini.

Questa donna, nata a Vizzano nel 1851, fu unica prole di robustissimi parenti, ed essa pure fin dal natale sempre sanissima, impronta tuttora i caratteri di un eccellente salute. Poco più che a 10 anni apparve, senza alcun particolare disturbo, la mestruazione, che fu sempre normalissima per ogni rapporto fino all' età di circa 18 anni, in cui, rimasta incinta per illegittimo amplesso, si sospese durante la gravidanza ed il parto, che si successero felicemente (1), e tosto come prima ricomparve regolarissima. Sul finire dell' anno 1866 fu costretta la Maria, essendo di condizione servente, a sollevare un peso alcun poco sproporzionato alle proprie forze, e lo sollevò; ma durante il necessario sforzo avvertì, senza alcuna molesta sensazione, la caduta di un corpo che, staccatosi entro il suo addome, volesse uscire per la via della vagina. Corse sbigottita ad ispezionare tosto le parti alterate, e vide un corpo rosso, indolente, duro, rotondo che stava un dito trasverso circa fuori della vulva e che colla pressione verso l' alto o colla posizione orizzontale rientrava in vagina. Di tutto ciò mai tenne parola ad alcuno, poichè nessun grave disturbo l' incomodava; solamente la mestruazione, quantunque sempre normale, le divenne alcun poco dolorosa e sentiva, durante essa, gonfiarsi quel corpo che protrudeva dai genitali. Intanto coll' andare del tempo, col moto e colla fatica inerente al suo ufficio, ad onta ch' Ella non istesse mai senza un riparo atto a sostenere la parte cadente, pure ogni giorno più discendeva, sicchè le divenne incomoda e spesso dolorosa la deambulazione; pativa qualche risentimento all' ipogastrio, e s' avvide che da questo corpo scolava una materia bianco-giallognola, densa e fetente. La defecazione ed il mitto delle urine per nulla erano inceppati. Narrandomi queste cose la Maria, mi fece notare che un giorno, cessando il flusso mestruo, nel fare le consuete nettezze s' accorse che il suaccennato scolo bianco sortiva dalla parte destra del suddetto corpo, mentre a sinistra fluiva ancora alcun poco di sangue, e replicatane l' osservazione per parecchi giorni successivi, vide cessare affatto il sangue a sinistra, e a destra continuare lo scolo bianco che geme tuttora. Queste cose avvenivano all' insaputa di tutti fino al primo Luglio dell' anno 1867, in cui presa da fortissimi dolori addominali e costretta mettersi a letto, confidò tutto l' accaduto alla sua padrona, che mandato pel medico, questi mediante congrua cura in circa

(1) L'allattamento non ebbe luogo, che il neonato fu messo nell' Ospizio trovatelli.

tre giorni dissipò le sopravvenute sofferenze e la consigliava, onde curare l' alterazione permanente, ricoverare in qualche Spedale. — Presa ad esame la donna nelle parti generative (le sole sofferenti chè il rimanente del corpo era sanissimo) fu constatato: che stando la donna nella posizione eretta il collo dell' utero sporgeva dalla vulva; Tav. 17.ª fig. 4.ª: che era più grosso, più lungo e più rosso del normale: che il suo orificio presentava una solcatura trasversa a bordi irregolari, divaricati esternamente uniti internamente, sicchè ne risultava una doccia triangolare aperta alla base: che in fondo di tale doccia eranvi due fori manifestamente divisi da un setto notevolissimo, fig 4.ª, *a*, *b*, e la sondazione del canale uterino confermò la duplicità dell' orificio non solo ma quella pure del canale uterino. Dietro tale esame il Chiarissimo Prof. *Gamberini* al quale incombeva la cura formulò la diagnosi di — Ipertrofia del collo uterino in utero doppio, biloculare e forse bicorne, con prolasso — ed attesa la rarità ed importanza del fatto, volle metterne a parte altri distintissimi di Lui colleghi professori di questa R. Università, fra i quali il Prof. *Rizzoli* che tanto se ne interessò, che più volte desiderò in un col curante esaminare diligentemente l' inferma ed unanimemente concertarsi sul da fare. Il risultato dei vari esami eseguiti dai due Clinici è sempre stato il seguente.

» La donna era alzata da alcune ore ed aveva passeggiato lungo le sale dell' Ospedale quando se ne intraprendeva la visita. Era quindi lasciata in piedi ed appoggiata al fianco d' un letto facendole divaricare le coscie, e così rendevasi manifesto il collo dell' utero sporgente dalla vulva per la lunghezza di 7 centimetri, la grossezza in diametro era di 4 centimetri, il colore leggermente più rosso del normale e piuttosto arido, forse per l' azione dell' aria ambiente. Ad un centimetro circa di altezza dal suo apice vedevasi l' inserzione della vagina, essa pure prolassata, conservante le sue pieghe trasversali, fig. 4.ª *c*, e che portandosi in alto andava a ripiegarsi entro l'osculo vaginale e cul di sacco; il colorito delle sue pareti, benchè peccanti di aridezza, era naturale: dalla bocca uterina, quale sopra ho descritta, gemeva un liquido filante muco-purulento. Tenuta l' inferma nella stessa positura e fattane l' esplorazione digitale si constatava come la vagina si sollevasse in pieghe scivolando liberamente su tutto il collo uterino che copriva rovesciata su d' esso a mo' d' un dito d' un guanto: portato il dito in alto ed in giro rasente la parete vulvare, avvertivasi la piega a cul di sacco formata dalla vagina rovesciata sopra sè stessa, a trasverso della quale il dito urtava contro il corpo dell' utero posto ad un centimetro circa entro l' osculo vaginale, sicchè ne risultava la lunghezza totale del collo dell' utero di 8 centimetri. Locata di poi la donna in posizione orizzontale sul letto che serve alle esplorazioni

speculari, scorgevasi il collo uterino lentamente rientrare, ciò che succedeva ogni notte, rimanendo sul vestibolo vulvare il muso di tinca mostrante la duplicità dell' orificio de' quali il destro più ampio del sinistro, fig. 4.ª *a*, al punto da permettere l' introduzione dell' apice del dito indice. e da' suoi bordi frastagliati scaturiva il ricordato umore muco-purulento; il sinistro invece, fig. 4.ª *b*, era ristretto, regolare ed a bordi lisci; il setto che li divide aveva un color rosso cupo, ed uno spessore di circa 2 millimetri. Introdotto nell' orificio destro un catetere comune da donna, esso portasi direttamente senza alcuna resistenza entro la cavità uterina e ne tocca il fondo misurando 10 centimetri di profondità; a sinistra non è permesso che l' introduzione di uno specillo comune da medicatura, che portasi direttamente fino all' orificio interno dell' utero e misura 8 centimetri, quindi incontra un leggero ostacolo, che vinto, ascende altri due centimetri. Introdotti contemporaneamente i due istrumenti esploratori, non è possibile farli toccare assieme stante la continuità del setto fino al fondo del corpo uterino. La riduzione del prolasso è facilissima, ma causa l' ipertrofia del collo dell' utero, anche riposto, il muso di tinca rimane sempre a pochi centimetri entro l' osculo vaginale.

Da tale dettagliato e diligente esame convennero entrambi i Professori nel riconfermare la già fatta diagnosi, se non che aggiunsero che l' ipertrofia era limitata alla sola porzione sopravaginale del collo uterino e libera la parte infra-vaginale, e ciò pei rapporti anatomici esistenti fra la vagina ed il collo dell' utero. Conseguentemente a tale trovato obbiettivo furono d' accordo ancora nell' ammettere che la gravidanza ed il parto pregresso aveva avuto luogo nella cavità destra della matrice.

Il riposo, una conveniente dieta, bevande rinfrescative, clisteri emollienti, spennellature colla tintura di iodio all' utero ed iniezioni vaginali di acqua semplice costituirono la cura di circa 10 giorni, dopo dei quali comparve la mestruazione, bensì normale, ma che per essere accompagnata da forti disturbi riferibili ad attiva congestione uterina, addimandò l' applicazione di alcune mignatte alle pudende. Dopo altri 15 giorni circa le condizioni dell' utero essendo abbastanza soddisfacenti per la scomparsa del gonfiore, rossore, e lo scolo divenuto puramente mucoso, ed altro non rimanendo che il prolasso, si passò all' applicazione del *pessario* del *Rizzoli*, che apportati dapprima alcuni leggeri disturbi alla paziente riferibili all' azione traumatica e che furono presto tolti col sospenderne ad intervalli l' applicazione; fu poscia tollerato perfettamente e si conseguì con esso lo scopo prefissosi, di togliere cioè gl' incomodi del prolasso uterino, senza alterare le parti generative, cose da cercarsi in una donna ancora di giovine età, e che non sarebbero avvenute dietro

operazioni cruenti, in questo caso dopo la Perineocheilorafia. Il 18 Settembre 1867 lasciava lo Spedale in condizioni compatibili a buona salute ed al disimpegno delle proprie incombenze di servente (1).

Per le descritte diverse osservazioni adunque, e per molte altre che vennero da me fatte in lunga serie di anni, sono posto in istato di stabilire che quei fatti morbosi i quali vengono comunemente nominati cadute o procidenze di utero, e che non sono congiunti a qualsiasi altra malattia della matrice o delle parti ad essa adiacenti od attigue, o da stato di gravidanza ponno essere costituiti:

1.° Da un arrovesciamento completo della vagina racchiudente il corpo dell' utero spostato completamente dalla sua sede e più o meno profondamente abbassato, senza che il collo dell' utero stesso abbia sofferto alcun avvertibile mutamento nella sua forma e lunghezza, il quale abbassamento del corpo dell' utero è associato qualche volta alla presenza nel tumore di tratti più o meno estesi di uretra, di vescica urinaria, o di retto intestino.

(1) Il pessario del *Rizzoli*, che ricorda benissimo quello del *Giordano*, è formato da due anse di filo metallico ovalari, Tav. 17.ª fig. 2.ª e 3.ª, riunite ai quattro capi liberi mediante una cerniera a molla, che tiene sempre divaricate le due anse a mo' di V, fig. 3.ª Il pessario è tutto ricoperto di Gutta-percha. Una pinzetta appositamente inventata dal *Rizzoli*, fig. 2.ª, che lo abbraccia colle sue branche e lo tiene chiuso, serve ad introdurlo. Questa pinzetta rassomiglia ad una di quelle da medicatura, ma ne diversifica specialmente in ciò che le sue branche si possono rendere immobili mediante un incastro esistente all' interno dei manichi in prossimità degli anelli, fig. 2.ª *a*.

Per introdurre il pessario dopo averlo collocato e fermato fra le branche della pinzetta, fig. 2.ª *a*, mediante l' incastro esistente nei manichi della medesima, fig. 2.ª *a*, e dopo averlo ben unto con olio o con pomata, postasi la donna in letto in posizione supina e ridotte le parti prolassate, insinua essa donna in vagina mediante la pinzetta il pessario, poscia coll' indice e medio di una sua mano già posti entro gli anelli apre l' incastro, e quindi le branche della pinzetta allontanandosi la ritira, mentre nel frattanto il pessario si apre ai lati del collo uterino, e lo tiene ottimamente in posto. Volendo poi levare il pessario, la donna insinua un dito in una delle anse, e con molta facilità lo porta fuori dalla vulva.

2.° Che in moltissimi altri casi invece, gl' indicati spostamenti sono formati dalla vagina del pari completamente arrovesciata, racchiudente non di rado queste ultime indicate parti, ma non già il corpo dell' utero, il quale, in causa della resistenza opposta dai suoi legamenti, continua a rimanere nascosto entro la pelvi, o tutto al più si allungano alquanto le di lui fibre e si appiatisce, ma in di lui vece la vagina stessa nello arrovesciarsi nasconde specialmente la porzione sopravaginale del collo dell' utero stesso, la quale stirata dalla vagina in basso si rende longitudinalmente ipertrofica. Il cul di sacco poi della vagina in basso spostandosi, si stacca alcune volte dalla porzione intravaginale del collo uterino e non rimane aderente che ai contorni del muso di tinca, per cui la porzione intravaginale del collo d' ordinario scompare e si fa sopravaginale.

3.° Che in alcune donne, la sporgenza si deve alla longitudinale ipertrofia della porzione intravaginale del collo della matrice soltanto (1).

4.° Che in qualche rarissima circostanza il prolasso è dovuto alla contemporanea ipertrofia longitudinale della porzione sopra ed intravaginale del collo della matrice.

5.° Che il prolasso può essere prodotto dalla inversione della matrice, per cui l' utero in questi casi è arrovesciato entro se stesso.

6.° Che in fine il prolasso può derivare dalla ipertrofia longitudinale sopravaginale di un utero doppio e biloculare.

(1) Ho veduto in una vergine una di queste procidenze. La porzione intravaginale del collo dell' utero era assai lunga ma sottile, e per il tratto di quattro centimetri sporgeva al di fuori delle grandi labbra, attraverso un imene intatto circolare. Nel cadavere poi di una donna trovai un incipiente prolasso della matrice associato all' antiflessione del corpo della matrice stessa, ed all' ipertrofia lungitudinale della porzione intravaginale del collo uterino. In questo caso poi l' allungata porzione di collo avea assunta una direzione curvilinea in avanti a foggia di mezza luna.

Appena mi avvidi che assai di rado quei fatti meccanico-chirurgici, che comunemente venivano denominati cadute di utero, erano costituiti dalla completa discesa del corpo della matrice, e che infuori di poche altre eccezioni doveano invece nella maggioranza dei casi riferirsi all' arrovesciamento della vagina racchiudente entro sè non già il corpo, ma specialmente il tratto sopravaginale del collo dell' utero in rilevantissimo modo allungato pensai tosto se in questi casi, nei quali i pessari o riescono spesso nocivi o sono impotenti, fosse egualmente sanzionabile quel processo di sutura, che indubitatamente parevami fecondo di grandi vantaggi, quando la procidenza era formata dalla discesa completa del corpo della matrice.

Dico il vero che a prima giunta sembrommi che quel processo non fosse opportuno; ma di poi fatte più mature considerazioni conobbi il mio inganno, per cui ripetutamente tentatolo ne ottenni felicissimi risultamenti. Il che desidero bene che ora si sappia, essendochè lo stesso *Huguier*, il quale, come dissi, quasi contemporaneamente a me notò la frequenza della indicata ipertrofia del collo uterino, altamente proscrive la sutura, consigliando invece un' ardua e grave chirurgica operazione, e cioè l' isolamento e distacco della vagina dal collo uterino longitudinalmente ipertrofizzato, e la di lui completa asportazione.

Onde infatti mostrare la preminenza che dee darsi alla sua operazione, l' *Huguier* fa notare, che non amputando il collo dell' utero, ma limitandosi a respingere l' arrovesciata vagina entro la pelvi in un col lungo collo uterino, onde eseguire la sutura parziale delle grandi labbra, il collo uterino stesso, attesa la sua lunghezza ed in causa di trovarsi il corpo della matrice fermo nella regione sua propria, non potrà prendere posto entro la pelvi senza indurre un' antero, una retro, od una latero flessione; un' antero, una retro, od una latero-versione della matrice, il che sarà cagione di molti incomodi e mali.

Ciò pure dapprima io avea temuto, ma molto presto i miei timori si dileguarono, giacchè sebbene in molte donne avessi constatata la descritta ipertrofia uterina, nullameno il prolasso fu facilmente ridotto senza che si presentassero quegl' incomodi che alle indicate deviazioni avrebbero potuto riferirsi, ed anzi risentendone notabile sollievo le pazienti. Di che mi diedero aperta spiegazione specialmente alcune altre cadaveriche autopsie da me eseguite, per le quali mi venne confermato non essere poi vero che sempre, nell'indicata specie di prolasso, il corpo della matrice rimane fermo nella posizione naturale, ma che d'ordinario invece esso di alquanto si abbassa, il che gli permette di rialzarsi, nel ridurre che fassi l'allungato e prolassato collo uterino, il quale perciò ha campo di nascondersi entro la pelvi senza che avvengano notevoli deviazioni del suo asse, ad evitare le quali poi concorre ancora in modo rilevante l'accorciamento cui va soggetto l'allungato collo uterino appena sono ridotte le parti protruse, cessando sul medesimo quelle trazioni, che vi esercitava l'arrovesciata vagina, e che l'obbligava a distendersi ed a maggiormente allungarsi (1). Dirò poi che se in qualche rarissimo caso la facile ed immediata riposizione del prolasso non puossi ottenere, vi si giunge però molto agevolmente tenendo le donne per alquanti giorni in letto in posizione supina colle natiche rialzate, nel qual modo le parti protruse trovano le condizioni opportune a debitamente atteggiarsi entro la pelvi.

Un altro inconveniente cui si va incontro colla sutura nei ricordati casi, secondo l'*Huguier*, si è che, a motivo del

(1) In certa Adelaide Vanini operata nell' Agosto 1859 con pieno successo di perineo-cheilorafia per enorme procidenza uterina costituita dalla ipertrofia della porzione sopravaginale del collo della matrice, e morta nel Settembre dell' anno successivo in seguito di laringo-tracheite cancrenosa, potei constatare che le parti in antecedenza protruse si erano dopo l'operazione ridotte in condizioni pressochè normali.

peso acquistato dalla matrice e della forma assunta dal suo collo, può questo col tempo dilatare e rompere la porzione di condoto vulvo-vaginale che è stata ristretta mediante la operazione, e dar luogo così al rinnovamento del prolasso.

Vero, verissimo ciò; ma vero soltanto quando la operazione è eseguita alla *Fricke*, cui si riferisce l'*Huguier*, quando cioè si procuri una unione non molto valida di porzione delle grandi labbra, e non si comprenda nella sutura il perineo di cui, come appositamente ho fatto notare, rimangono d'ordinario soltanto piccole traccie. Non avviene così allorchè la operazione è eseguita col processo che io consiglio ed a cui, come dissi, diedi il nome di perineo-cheilorafia, e si faccia questa operazione con tutte quelle cautele che ponno con tanta maggiore sicurezza favorire la formazione di una estesa e forte cicatrice. Io cruento tutta la superficie interna delle grandi labbra, per quel tratto che dall'orlo superiore dell'osculo vaginale si estende fino alla superstite piccola porzione di perineo, il di cui bordo vaginale è pure da me cruentato. Ne risulta così un triangolo ad apice inferiore, i di cui due margini laterali largamente cruenti vengono posti in tutta la loro lunghezza ed ampiezza a mutuo e stretto contatto mercè una robusta sutura, quale si è la clavata. Così operando, e purchè si abbia l'avvertenza di vuotare della urina a più o meno lunghi intervalli colla siringa la vescica, o non si ometta di mantenerla nella medesima a permanenza, il lavoro di completa cicatrizzazione non si fa attendere che poche giornate, con che rimane superstite contro l'osculo vaginale un robustissimo cuscinetto formato dal perineo e da estesa parte delle grandi labbra strettamente riunite, che mentre non impedisce la facile escita del sangue mestruo o di altri umori che possono colare dalla vagina, rende più accetto l'accoppiamento, e si oppone con forza alla nuova sporgenza delle parti che furono protruse. Risultato felice che in modo stabile si ottiene puranco quando il prolasso è di enorme volume, specialmente obbligando le donne a

rimanere in letto due o tre settimane dopo che si è già formata la completa cicatrizzazione della ferita.

A conferma di che, fra i molti fatti che potrei addurre, ne accennerò uno che venne annunziato in una memoria resa pubblica dal Dott. *Romei* nel Bullettino delle Scienze Mediche (1864).

„ Scarabelli Adelaide, della terra di Medicina, da circa 5 anni aveva un tumore estra-vulvare di un volume enorme. Questa donna d'anni 52, di piccola statura, presentava la pelle scura, i capelli grigi, mancava in lei quasi del tutto il panicolo adiposo sottocutaneo, le improute del suo volto erano proprie di chi altamente soffre; essa mal reggevasi nella posizione eretta, nel camminare era obbligata a tenere il tronco alquanto piegato in avanti, colle gambe e le coscie in una forzata abduzione, e ciò per il fatto patologico, dice il *Romei*, che vengo a descrivere.

„ Esaminata negli organi genitali esterni, osservavasi in corrispondenza della regione vulvare un enorme tumore di circa la grandezza della testa di un fanciullo, il quale tumore era vestito della membrana mucosa, in molti punti largamente esulcerata, la quale mucosa si vedeva continua a quella che vestiva l'interno delle grandi labbra. Osservato detto tumore dalla parte anteriore e laterale, sembrava come diviso in due lobi, uno anteriore più elevato ed uno posteriore più basso; alla estremità libera del lobo anteriore rinvenivasi una apertura che ammetteva nel suo interno una siringa di comune calibro, e da questa apertura gemeva un umore filante e trasparente proprio dell'umore mucoso; così pure in questo stesso lobo, e nella parte superiore ed anteriore, trovavasi altra apertura diretta dal basso all'alto che manifestamente riconoscevasi per il meato urinario esterno; il lobo posteriore del tumore era in continuazione colla parete posteriore della vagina, e confondevasi nella sua base coi tessuti molli che formano il perineo; il detto tumore era sensibilissimo al tatto, dalla sua superficie gemeva un muco pus, era mobile

alquanto, anzi nella posizione orizzontale supina della donna, a poco a poco diminuiva nascondendosi entro la vagina, dopo di che fatto di nuovo escire il tumore, manifestamente appariva, mediante il palpamento, essere desso formato da un rovesciamento della vagina prolassata contenente nel suo interno l'utero, la vescica urinaria, il retto-intestino, e porzione di anse intestinali, insomma quasi tutti i visceri compresi nella zona inferiore dell'addome; ecco il perchè la donna nella retta posizione soffriva un continuo stimolo di espellere l'urina e le feccie, dei tormini intestinali molto forti, e dolori vivissimi alla regione del sacro; a minorare tali patimenti ricorreva spesso nella giornata a coricarsi in letto, ad onta che usasse la precauzione di tenere obbligato il tumore verso la cavità dell'addome mediante un riparo simile a quello che sogliono tenere le donne nel tempo delle loro regole; colla esplorazione retto vaginale si scopriva che la porzione intra o sopravaginale del collo dell'utero era ipertrofica nel suo diametro longitudinale per l'estensione di centimetri otto, come veniva confermato dall'isterometria interna. E perchè si possa meglio concepire una idea della forma e del volume di questo tumore, basterà osservare la Tav. 17.ª fig. 2.ª che rappresenta la quarta parte delle sue reali dimensioni.

„ Metricamente misurato detto tumore dava i seguenti risultati.

„ Dalla commessura anteriore della vagina, alla estremità anteriore dell'apertura inferiore che trovavasi nel lobo anteriore, o bocca dell'utero, centimetri 17.

„ Dal perineo in prossimità del foro anale al labbro posteriore della bocca dell'utero, centimetri 18.

„ La lunghezza del tumore era di centimetri 16.

„ Il diametro maggiore trasverso, di centimetri 15.

„ La circonferenza massima, di centimetri 32.

„ Dopo ciò giova notare che la Scarabelli da circa un anno era ridotta direi quasi ad un' assoluta inazione, ed

ardentemente addimandava soccorso, disposta a subire qualunque operazione, purchè di tante sofferenze fosse in qualche modo sollevata.

„ In questo caso, quantunque non si potesse sperare nei semplici mezzi contentivi, si volle nulladimeno tentare l'applicazione di qualche pessario a forma differente, ma tutto invano, il tumore essendo incontenibile, per cui si fu costretti cercare altro espediente che racchiudesse in sè fondate speranze di prospero esito, e garantisse possibilmente l'inferma dalla recidiva; fu perciò che il *Rizzoli* coll'appoggio della propria esperienza operò questa donna col suo processo di perineo-cheilorafia il giorno 8 Giugno 1862. L'operazione fu sopportata benissimo; con quattro punti di sutura clavata si riunirono il perineo e le grandi labbra nei tratti cruentati, e per essere breve dirò che la cura consecutiva fu regolare, che furono tenute le solite norme, che all'undecimo giorno furono tolti i lacci, e che il giorno 26 Agosto, 49.° dall'operazione, sortì la Scarabelli dalla Clinica perfettamente guarita, e tale si mantenne quantunque eserciti il faticoso mestiere di cuciniera „.

Adunque pei fortunati successi da me ottenuti, non esitai di anteporre pure il mio processo alla amputazione del collo dell'utero fatta alla maniera di *Chaumet*, od a quella dell'*Huguier* (quantunque sembrasse indicata), anche nei due casi che superiormente descrissi, nei quali cioè l'ipertrofia longitudinale sopravaginale del collo uterino era congiunta colla ipertrofia parimenti longitudinale della porzione intravaginale di esso collo, e queste operazioni non riescirono meno felici, essendochè il muso di tinca corrispondente all'allungata porzione intravaginale del collo uterino, prendendo appoggio sul grosso e robusto cuscinetto formato dai riuniti tessuti, non trovò più modo di comparire fuori della vulva.

Che se per altro taluno mi affacciasse che, operando alla mia maniera, nei casi in cui il collo uterino è longitudinalmente

ipertrofizzato non può in causa di ciò sperarsi il fecondamento, io allora risponderò che, mentre non scemerebbe per questo di valore il mio processo quando dovesse applicarsi, come avviene più di frequente, a donne le quali hanno oltrepassata la critica età, non dovrebbe a parer mio neppur proscriversi o posporsi all' amputazione del collo uterino anche in quei casi nei quali le operande sono mestruanti, avvegnachè in quelle che tali mostraronsi e furono operate dall' *Huguier*, in nessuna ebbe luogo la fecondazione, la quale invece non mancò operando al modo mio.

Del quale fatto a vero dire non feci le meraviglie, giacchè come osservato avea la gravidanza ed il parto in una sposa mostrante la porzione intravaginale del collo uterino notabilmente ipertrofica, della lunghezza cioè di sette centimetri, così del pari poteva supporre che la gravidanza ed il parto si effettuassero anche in donna soggetta alla ipertrofia longitudinale e sopravaginale del collo della matrice.

La persona in cui notai quest' ultimo fatto serviva in qualità di cameriera una mia parente. Oppressa dagl' incomodi e dalle gravi molestie che le arrecava un assai voluminoso prolasso della matrice da niun mezzo meccanico contenibile, deliberò di palesarmi il suo difetto onde io la curassi e guarissi. Osservata quella morbosa tumidezza, la rinvenni del volume e della forma di un grosso arancio. La vagina completamente arrovesciata lasciava vedere in basso soltanto il muso di tinca, non trovandosi più traccia della porzione intravaginale del collo uterino.

La palpazione esterna invece, la esplorazione fatta per la via del retto intestino, l' isterometria, mi mettevano fuori di ogni dubbio sulla esistenza di un prolasso, in cui la porzione sopravaginale del collo della matrice avea acquistata la lunghezza di oltre a sette centimetri, cui associavasi un cistocele ed un rettocele vaginale.

Non trovando io controindicazione alcuna, fu quella cameriera da me operata colla perineo-cheilorafia il giorno 20

Giugno 1846, e ne ebbi un pieno risultamento giacchè il prolasso più non ricomparve. Dopo un lasso di oltre a due anni, sventuratamente per lei, questa giovane donna essendosi innamorata, e venendo dall'amante di continuo istigata a voler cedere alle sue brame, nella fiducia che, attesa la sofferta imperfezione, non potesse riescire incinta, appagò i di lui ardenti desiderii. Ma non passò gran tempo che sorsero in lei i sospetti di gravidanza, i quali purtroppo di poi in certezza cangiaronsi.

Percorse la gravidanza stessa i suoi stadi colla massima regolarità, ma giunta che fu oltre l'ottavo mese, la disgraziata giovane venne invasa da vaiuolo arabo confluentissimo, il quale la pose in prossimo pericolo di perdere la vita. E fu sul finire di questa malattia, e cioè sui primi di Maggio del 1849, che ella si sgravò di un feto bene sviluppato, e complesso.

Il travaglio non riescì molto penoso, sebbene piuttosto lento, l'apertura vulvare cedette in modo da non derivarne alcuna lacerazione nei tessuti artificialmente riuniti, e terminato il puerperio, quantunque la giovane donna riprendesse le sue laboriose occupazioni, non si rinnovò per questo in lei il prolasso. Fu dessa, poco dopo il parto, abbandonata da quell'amante, e ne provò acerbo dolore, ma di poi trovossi felice e consolata avvegnachè un onest'uomo invaghitosi di lei se la fece sua sposa, e continua ad amarla con vero trasporto.

Adunque, se meco considerare si voglia che la operazione cui ho data la preferenza è facile, e tale da concederne l'esecuzione anche a chirurghi non molto esperti nell'arte: difficile e grave invece l'asportazione dell'ipertrofico collo uterino dall'*Huguier* consigliata (1); se si vorrà por mente

(1) La escisione del collo dell'utero proposta anche dal *Chaumet*, può essere applicata con vantaggio alle procidenze dipendenti dalla ipertrofia intravaginale del collo della matrice.

che la mia, al contrario di quest' ultima, può senza difficoltà compiersi anche allorquando vi è notevole difetto nella pelvi, e può modellare la bocca della vagina in guisa da togliere e da prevenire la rinnovazione non solo dell' uterino prolasso, ma dei cistoceli e rettoceli vaginali, che possono complicarlo; se si vorrà pensare che, pel mio operatorio processo, rimpiccolito essendo l' osculo vaginale, l' accoppiamento non solo sarà tanto più desiderato, ma potrà rendersi ancora non di rado fecondo (1), in causa di essere il seme costretto a soffermarsi entro le parti generative; se si vorrà dare valore alla mitezza dei fenomeni che per fatto di una operazione sì semplice, eseguita su tessuti di così poca importanza, dovranno presentarsi in confronto ai pericoli da cui può essere susseguita quella dell' *Huguier*, che forse concorsero alla morte di due sue operate; e se si darà in fine il ben dovuto pregio ai risultamenti felici che in questi ultimi anni ottennero col mio processo di perineo-cheilorafia alcuni egregi miei colleghi, quali sono i Dottori *Gio. Batt. Baravelli, Augusto Ferro, Federico Romei, Pietro Caire, Cesare Busi, Oliveti,* e *Giovanini*, sono ben certo che non meraviglierassi, se nelle circostanze annunziate mi starò anche in

(1) In questa mia memoria letta all' Accademia delle Scienze il giorno 5 Dicembre 1861 e dalla medesima pubblicata, mediante una mia nota annunziava che la Teresa Ferri, affetta da procidenza della matrice dipendente da ipertrofia della porzione sopra ed intravaginale del collo uterino, era rimasta incinta, e trovavasi a gravidanza avanzata. L' ororevole Dott. *Pilla*, Medico Chirurgo primario sostituto alla Maternità, nel Bullettino delle Scienze Mediche annunziò che giunta al suo termine la gestazione, il parto si effettuò nella Ferri colle sole forze naturali, che minima fu la lacerazione dei tessuti ad arte in antecedenza riuniti, e che il prolasso non recidivò, godendo anzi la donna di un perfetto benessere e di una florida salute.

Ai fatti poi da me narrati ne aggiunse un altro che è il seguente, il quale presentato avea alcune interessanti particolarità.

» F.... A...., di temperamento sanguigno, di costituzione robusta, ben conformata e simetrica della persona, nel 1858, contando l' età di 19 anni,

avvenire lontano dalla amputazione del lungo e prolassato collo uterino, e continuerò invece ad onta della grave auto-

essendo giunta alla fine della sua prima gravidanza ed entrata in travaglio di parto, espulse spontaneamente il feto, ma manifestandosi una metrorragia dovuta ad inerzia uterina, fu necessario che un Chirurgo praticasse la estrazione della placenta. Abbandonato il letto dopo decorsi pochi giorni di puerperio, incominciò la donna a risentirsi di alcuni incomodi dipendenti da un abbassamento dell' utero, i quali incomodi si fecero tanto più molesti, quando, col progredire del tempo, l' abbassamento dell' utero si convertì in una patente caduta della matrice. Allora fu tentato di riparare a questo inconveniente, ma nulla essendosi ottenuto coi mezzi adoprati, ed anzi continuando non solo, ma aumentando sempre più le sofferenze della donna, questa decise di sottoporsi alla cura del Prof. *Rizzoli*, ed a tal fine il 20 Maggio del 1863 entrò nella Clinica Chirurgica, dallo stesso Professore in quel tempo diretta. Ivi, esaminato il tumore che pendeva dalla vulva, fu diagnostico costituire quella caduta della matrice, in cui si verifica la ipertrofia sopra ed intravaginale del collo dell' utero, il quale collo misurava nel suo diametro longitudinale 7 centimetri, ed il diametro trasverso presentava una grossezza due volte circa maggiore della normale: la cura proposta fu la perineo-cheilorafia, la quale, aderendovi ben volentieri l' inferma, venne eseguita il 14 Giugno, essendosi in antecedenza usate le necessarie cure preparatorie. Felice fu l' esito della operazione, e la donna fu per questo licenziata il 20 Agosto dalla Clinica: dipoi in seguito di coito impuro fu obbligata ad entrare il 3 Settembre nello Spedale Maggiore, donde non uscì che il 28 Dicembre dello stesso anno 1863, perfettamente guarita. Da quell' epoca in poi, la F..... A..... fruì di eccellente salute, ma essendo rimasta nuovamente incinta e la gravidanza essendo giunta al nono mese, fu accolta nella Maternità il 3 luglio dell' anno 1866. Nostra cura, entrata l' incinta in questo Stabilimento, non fu solo di diagnosticare la presentazione e posizione del feto e quant' altro aveva relazione colla gravidanza, ma bensì ancora ispezionammo le parti generative esterne sulle quali era stata eseguita la operazione surricordata, ed esaminammo a quali modificazioni era andato soggetto quel collo dell' utero che tre anni prima presentava una sì rimarchevole longitudinale sopra ed intravaginale ipertrofia. Il risultato delle nostre indagini fu il seguente: nel mezzo del nuovo perineo osservavasi una cicatrice lineare che ne occupava tutta la lunghezza, la quale dal margine anteriore dell' ano al margine inferiore della vulva era di

rità dello stesso *Huguier*, a valermi di una operazione, la quale mi procurò ben molte e molte volte i contrassegni della più

centimetri 7 e 5 millimetri. Di questi, i 4 centimetri posteriori erano formati da sostanza molto robusta e resistente quali sono i tessuti propri del perineo, mentre gli altri 3 centimetri e 5 millimetri anteriori erano assai più deboli e cedevoli, e vedevansi costituiti dalle grandi labbra. L'orlo inferiore della vulva, regolarmente concavo, distava 3 centimetri dalla commessura superiore. Col riscontro vaginale poi si giungeva a mala pena a toccare il cul di sacco della vagina e sentivasi che il già lungo collo dell'utero erasi ridotto a sì piccole dimensioni da permettere di diagnosticare attraverso il segmento inferiore dell'utero una presentazione del capo.

» Assicuratici della buona presentazione e posizione del feto, non che della lodevole conformazione della incinta, attendemmo che si manifestasse il travaglio del parto per assistere la donna, desiderosi di osservare il modo col quale esso parto sarebbesi compiuto, e di vedere le alterazioni che sarebbero nel perineo accadute.

» Non fu lunga la nostra aspettativa, poichè alle 6 e mezzo antimeridiane del 18 luglio, la donna dopo un travaglio di 29 ore e mezzo, computando dai primi primissimi dolori al completo svuotamento dell'utero, diede spontaneamente alla luce un feto maschio, vivo, sul quale si presero le seguenti misure:

Grande circonferenza del capo		Centimetri	34, 5
Diametro occipito-mentale		»	12, 5
»	occipito-frontale	»	11, 5
»	sott' occipito-bregmatico	»	10, 0
»	mento-frontale	»	10, 0
»	bi-parietale	»	09, 5
»	bi-temporale	»	09, 5
»	bi-acromiale	»	13, 5
»	bis-iliaco	»	09, 0
Peso del feto		Grammi	2,845

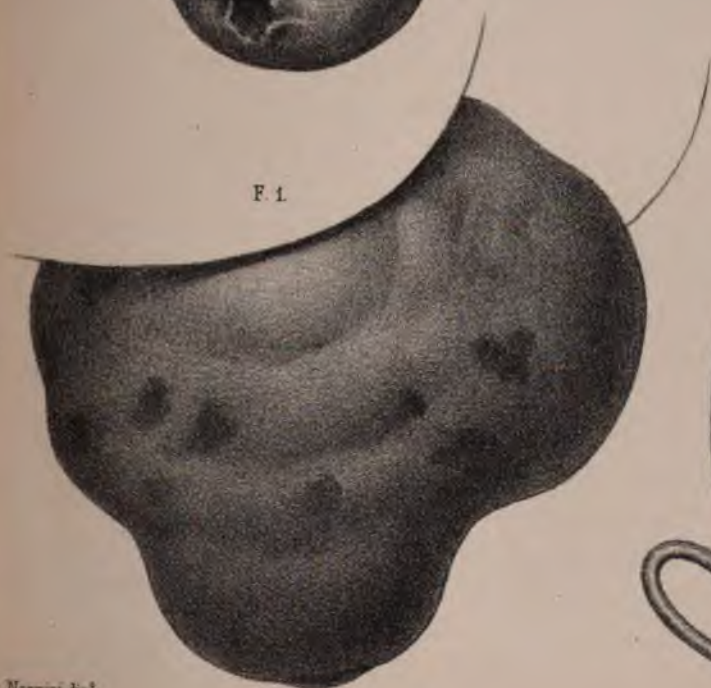
» Presenti al parto erano il Prof. *Rizzoli*, che avendo, come dissi, operata la donna di perineo-cheilorafia venne invitato, il Medico Direttore Dott. *Cesare Belluzzi*, il Medico Assistente Dott. *Gaspare Vaccari*, due Alunne Levatrici, ed io stesso. Noi tutti potemmo constatare la regolarità di questo travaglio sia in complesso sia nei singoli suoi periodi. Giunta

viva gratitudine per parte di quelle donne che amarono d'approfittarne.

poi che fu la testa fetale al fondo del catino, il perineo incominciò a cedere e si lasciò distendere nel modo il più normale, e quando succedette la espulsione del feto, accadde bensì la lacerazione di quel tratto di grandi labbra ch'era stato artificialmente riunito, ma rimase illeso tutto il tratto posteriore che costituiva veramente il perineo: risultato questo che non sempre si ottiene nei parti i più spontanei e naturali.

» Il puerperio decorse regolarissimo, ed egualmente regolare progredì la involuzione dell'utero, se non che mentre il corpo di questo viscere riacquistava la posizione, il volume e le dimensioni sue naturali, la sola porzione intravaginale del collo della matrice, che negli ultimi periodi della gravidanza, dispiegandosi, era scomparsa, ridiveniva longitudinalmente ipertrofica, e tendeva colla sua bocca a presentarsi all'osculo vaginale. Sebbene questa ipertrofia potesse essere abbandonata a sè stessa, pur tuttavia nel timore che pel proprio peso riuscisse col tempo a stirare l'utero in basso ed a condurlo di bel nuovo fuori della vulva, si stimò lodevole precauzione il valersi del pessario del *Giordano* modificato dal *Rizzoli*, col quale mantenendosi fermo nel proprio posto il cul-di-sacco della vagina, veniva impedito qualsiasi successivo spostamento della matrice, nel tempo stesso che le due ali, di cui il pessario è formato, lasciavano libero ed illeso il collo della matrice medesima.

» Dopo questa applicazione, la giovane non risentendo alcuna molestia, chiese di restituirsi alla propria casa. »

Tav. XVII.
F. 4.
F. 2.
F. 1.
a
F. 3.
O. Nannini dis.
Lit. G. Wenk.

SOPRA

UN NUOVO PROCESSO OPERATORIO

PER LA CURA

DEI POLIPI DELL' UTERO E DEL RETTO INTESTINO

Lettera diretta al chiarissimo

PROF. MAISONNEUVE

Mio illustre Collega

I molti e felici risultati da voi ottenuti mercè la legatura estemporanea, che riferite in una Memoria di recente da voi pubblicata colle stampe (della quale mi avete favorito un' esemplare), sono di tale rilevanza da dovere disporre i chirurghi in non pochi casi ad imitarvi.

Certo per altro essendo, e lo dite voi stesso, che col metodo cui date la preferenza non si può essere sempre sicuri d' evitare, in alcuni incontri, considerevoli perdite di sangue, così credo non farvi cosa discara se nell'atto istesso in che adempio al dovere di ringraziarvi pel graditissimo dono, vengo ad esporvi brevemente la istoria di alcuni casi da me trattati con un processo operatorio, il quale, se manca di alcuni pregi proprii della estemporanea legatura, può nullameno riescire in varie circostanze di più pronta e facile esecuzione, ed è costantemente immune da qualsiasi pericolo d' emorragia.

Sappiate adunque che sino dai primi anni della mia pratica chirurgica, appoggiato singolarmente alla grave autorità

del *Dupuytren*, preferiva d'operare i polipi peduncolati dell'utero, che potevano essere attaccati cogli strumenti taglienti senza pericolo di ledere la vagina o la matrice, mediante il metodo della escisione. Ma dopo una lunga serie d'operazioni felici, essendomi occorsa in una donna operata della maniera sopra discorsa di un polipo all'utero di piccola mole, di sottile peduncolo, ma fornito a dovizia di vasi sanguigni, così grave emorragia da rendersi lungamente ribelle ai potenti mezzi emostatici adoperati, e da porre la vita della paziente in grave rischio, mi determinai per appunto ad abbandonare l'indicato metodo, quando una perdita sanguigna anche non molto copiosa nell'atto della operazione o dopo di essa avesse potuto indurre successioni morbose piuttosto allarmanti.

Non andò guari diffatto che mi si offerse opportuna circostanza di porre in atto un mio divisamento sopra certa Cristina Zannasi d'anni 42, nativa di questa nostra città, la di cui narrativa istorica mi fo assai concisamente ad esporvi.

Da tredici anni essendo questa donna soggetta a copiose metrorragie, che aveanla condotta nel più avanzato grado d'idroemia, non potendo più oltre farsi curare alla propria casa, chiese d'essere trasportata nella mia Clinica.

Quando la viddi per la prima volta, e cioè la mattina del 15 Giugno dell'anno 1857, il suo aspetto era cereo, aveva dessa i polsi debolissimi e celeri, il calore periferico era al dissotto del normale, accusava intensissima cefalagia, e colava dall'utero una rossigna sierosità.

Praticato col dito, e con molta circospezione, il riscontro vaginale, trovai il collo dell'utero ipertrofico, la di lui bocca molto ampia era attraversata da un polipo del volume di un uovo di gallina, il di cui peduncolo s'inseriva nella superficie interna dell'utero a poche linee di distanza dal suo collo. Riconosciuta così la cagione alla quale dovevano riferirsi le perdite sanguigne che condotto aveano la povera

Zannasi quasi che allo stremo di sua vita, rendevasi evidente che per salvarla, era mestieri si togliesse il morboso prodotto che dalla matrice era sorto, e conveniva pure fosse ciò fatto non già colla escisione (sebbene avesse potuto riescire facile) ma in modo da non esporre la donna a nuovo spandimento di sangue.

A tale uopo mi sarei forse deciso pella allacciatura, se in grazia di trovarmi il peduncolo del polipo impiantato entro dell'utero, non avessi temuto di dover fare una operazione indaginosa, la quale molto probabilmente non sarebbe stata tollerata dall'inferma. Onde che per ottenere con un unico processo i vantaggi della sezione, e cioè la rapidità dell'esecuzione, e nello stesso tempo il principale bene della legatura, vale a dire la sicurezza d'evitare la perdita sanguigna nell'atto operatorio, mi prefissi d'agire sul polipo mediante una mia particolare pinzetta (che mi farò a descrivervi) colle di cui branche potendo abbracciare e schiacciare strettamente il peduncolo con quella rapidità che avrei usata qualora lo avessi reciso colle lame taglienti delle forbici, otteneva così i vantaggi che propri sono al metodo della sezione, e in pari tempo potendo serrare e schiacciare stabilmente il peduncolo medesimo fra le branche di essa pinzetta, lo poneva nelle analoghe condizioni in cui si sarebbe trovato se avessi adottato il metodo della legatura.

E a ciò fare veniva guidato in seguito a parecchi esperimenti praticati coll'accennata pinzetta sopra peduncoli di polipi uterini conservati, e già da me estirpati per mezzo della escisione; mercè i quali esperimenti mi si fece aperto che l'istrumento di cui vi ragiono, tronca di un tratto, e schiaccia i tessuti del peduncolo in maniera da porre le sue lame a sì stretto contatto, da non lasciare fra le medesime se non la sola mucosa che lo attornia, profondamente disorganizzata. Locchè, mentre rassicura d'evitare qualsiasi perdita di sangue nell'atto operatorio, rende anche l'operazione stessa rapida in quel modo che non puossi d'ordinario sperare coi

più usati processi di legatura, coi quali anzi bene spesso lo strangolamento non potendosi fare immediatamente tanto forte da intercettare del tutto nel polipo il circolo sanguigno, e per questo il laccio, meglio che i profondi, logorando dapprima i più esterni tessuti del peduncolo, ne derivano alcune volte emorragie successive, le quali non ponno cedere a maggiore costrizione del laccio stesso, ed obbligano di frequente a ricorrere ad espedienti assai gravi per arrestarle.

Poste le quali avvertenze, piacciavi, illustre collega, innanzi d'udire il seguito della mia istoria clinica, di ascoltare la descrizione dettagliata della mia pinzetta costrittrice, per rendere più nota la quale, ho stimato cosa utile di farla pur anco copiare, come vedrete nella tavola unita (1).

Essa è lunga 21 cent., Tav. 18.ª fig. 1.ª *a a*, ed è formata di due branche, una maschio, l'altra femmina, fig. 1.ª *b*, *c*, le quali s'incrociano nell'articolazione che è a vite, fig. 1.ª *d*, ed è distante 7 centimetri e mezzo dall'estremità ottusa di dette branche. La porzione superiore delle medesime è convessa nel dorso per la lunghezza di tre centimetri e mezzo, concava nel lato opposto, fig. 1.ª *e e*, e per tutto questo tratto la branca femmina porta nel suo mezzo una scannellatura a margini dentati ed ottusi, fig. 1.ª *f*, nella quale si approfonda l'estremità della branca maschio pur essa dentata nel suo margine convesso, fig. 1.ª *g*.

I manichi della pinzetta si scostano alquanto l'uno dall'altro nella loro estremità inferiore, fig. 1.ª *h h*, ove terminano poi in due occhielli separati, fig. 1.ª *i i*: inferiormente nel mezzo di ciascun occhiello vi è un foro il quale porta un piccolo bariletto bucato, fig. 1.ª *l l*. In ambidue codesti bariletti vi passa una vite, con piccolo manubrio, della lunghezza di 9 centimetri, fig. 1.ª *m*, girando la quale si stringono le due branche dello istrumento in modo da incastrare

(1) Le pinzette qui delineate presentano la metà della loro reale lunghezza.

strettissimamente fra loro le due porzioni superiori. La superficie di questo istrumento è dorata onde meno facilmente si alteri pel contatto degli umori.

Di tal guisa posto fine alla descrizione della mia pinzetta, do compimento alla istoria relativa alla donna su ricordata, affinchè siano a voi palesi i vantaggi che ne ottenni nella prima applicazione fattane, come già dissi, sul polipo che essa aveva nella matrice. E innanzi tratto vi dirò che la mia inferma non avendo ricavato alcun frutto dai più opportuni mezzi posti in opera per rinvigorire alquanto le di lei forze, ed anzi essendo non di rado minacciata da deliquii, la mattina del 28 giugno ritenni conveniente il non muoverla dal proprio letto per operarla; quindi postala, con molta cautela, alla sponda del letto stesso colle coscie e gambe divaricate, insinuai dolcemente il dito indice ed il medio della mia mano sinistra in vagina, e con questo sormontato il corpo del polipo, giunto che fui al di lui peduncolo, coll' estremità delle medesime dita lo abbracciai e lo stirai in basso. Afferrata allora la mia pinzetta coll' altra mano, siccome fassi colle forbici, la introdussi chiusa lungo il dorso dell' indice e medio della mia sinistra, ed arrivato al peduncolo del polipo, che sempre teneva stirato in basso, ne divaricai i manichi in modo, che le corrispondenti lame a denti ottusi della stessa pinzetta potessero abbracciarlo colla massima facilità, ed in quel modo medesimo che avrei fatto con una forbice se recidere lo avessi voluto. Allora strettolo a gradi fortemente fra esse lame, lo schiacciai in guisa da interrompere qualsiasi influenza vitale fra esso polipo e la matrice; dopo di che, girando la vite insinuantesi nei bariletti esistenti negli occhielli de' manichi e posti così a stretto contatto gli occhielli stessi, giunsi a serrare fortemente la pinzetta. Compita così l'operazione in pochi istanti e senza alcun patimento per parte della donna, cuoprii la pinzetta stessa con una pezzettina di tela e l' assicurai ad una sua coscia, dopo di che tenni l'inferma nello stesso letto ponendola in posizione

supina, e la feci sorvegliare costantemente, ordinando che venisse stretta di tratto in tratto la vite, che manteneva serrate con forza le branche dello istrumento, caso che si fossero un poco rallentate.

Nella sera non fuvvi alcuna alterazione nel polso, nè dolori all'utero od all'addome. Il giorno appresso il polipo era in preda a mortificazione secca, e nella giornata successiva caddero la pinzetta ed il polipo insieme; e fra le branche della prima trovaronsi gli avanzi sfacelati della membrana mucosa del peduncolo, la qual cosa venne a confermare che gli altri tessuti costituenti il peduncolo medesimo erano stati in quel tratto, per l'azione di quelle, completamente troncati. Poscia per alcuni giorni rimase all'operata un lieve risentimento doloroso all'utero, il quale non richiese alcun soccorso terapeutico speciale. La donna però nullameno fu trattenuta in Clinica per ben due mesi affine rifacesse le forze e si ponesse nello stato il più normale.

Voi vedete che questo primo felice successo doveva dispormi a ritentarne la prova in altri incontri; locchè feci alla prima opportunità che mi si presentò, e che ora mi piaccio di qui concisamente esporvi.

Vi sia noto adunque che certa Amadori Maria dell'età di 50 anni, di temperamento sanguigno nervoso, di buona costituzione, fu mestruata a 14 anni, ed a diciannove andò a marito. Ebbe nove figli sani tutti e robusti; le gravidanze non l'infastidirono, regolari furono i puerperii, nè patì mai malattia alcuna d'entità, e quindi potè attendere sempre alle sue domestiche faccende. Essendosi in lei sospesi i menstrui repentinamente per otto mesi, e senza conoscerne il motivo, s'accorse che le colava dalle pudende un umore mucoso-sanguigno, il quale fu sulle prime avuto da lei siccome un'ultima manifestazione de' catameni, ma la continuazione dello scolo, ed il farsi anzi sempre più abbondante e quasi del tutto sanguigno, il deperimento notevole organico che ne sussegui, posero in grave apprensione la donna pel timore

d'essere soggetta a qualche maligna malattia uterina. Preso pertanto consiglio da un medico, questi la determinò ad entrare nella mia Clinica, ove sottoposta al riscontro vaginale si trovò che le di lei sofferenze erano attribuibili ad un polipo peduncolato del volume d'una piccola pera, situato nel labbro posteriore dell' utero.

Anche in questa donna adunque, atteso il notevolissimo stato di debolezza in che trovavasi, ritenni cosa utile e prudente insieme, di adottare il mio processo.

Applicata quindi la mia pinzetta schiacciatrice attorno il peduncolo del polipo seguendo le medesime norme sopraccennate, e nel giorno stesso della eseguita operazione, che fu il 10 marzo 1860, ebbi la compiacenza di vedere caduta la pinzetta in uno al polipo già staccato, notandosi in questo caso similmente che fra le branche della pinzetta non riscontravansi che gli avanzi mortificati della mucosa che in quel tratto cuopriva il peduncolo.

Posi pur finalmente in pratica il mio processo in un terzo caso in cui pel massimo indebolimento della donna, che nomavasi Travisani Adelaide, non sarebbe stato prudente l'adottare il metodo dell' escisione.

Fu dessa madre di molti figli, e quando la viddi contava 42 anni di età. Seppi che da più d'un lustro soffriva di un dolore gravitativo alla regione della matrice, al quale dolore associavasi irregolarità menstruale, e perdita dalle pudende di un umore mucoso che erasi fatto negli ultimi tempi sì abbondante, da indurre l'affievolimento notevolissimo di forze sopra annunciato.

Dopo conveniente esame, conobbi che la donna aveva un polipo del volume di una grossa pera, ulcerato in alcuni tratti, ed aderente mediante robusto peduncolo al labbro anteriore del collo della matrice.

Il 9 dicembre 1858, seguendo anche in questo caso le norme già discorse nelle istorie che vi ho narrate innanzi, avendo abbassato e stirato dolcemente all'ingiù coll' indice e

medio della mia sinistra il peduncolo del polipo, lo afferrai colla mia pinzetta, e lo strinsi così fra le sue branche da intercettare nel polipo qualunque comunicazione vitale.

Scorse trenta ore dalla operazione, il polipo era in preda a completa mortificazione, la quale venne sollecitata stringendo, mediante la vite inferiore, al massimo grado la pinzetta, laonde reputando perciò del tutto inutile il lasciarla più oltre, la levai di posto, e fattomi certo che il peduncolo non aderiva più che per pochi brani al collo della matrice, stimai conveniente, piuttosto che aspettare che cadesse di per sè, lo incidere con un colpo di forbice quelle piccole briglie che ancora lo tenevano in sito, la qual cosa, come è facile l'immaginare, ebbe luogo senza che si mostrasse la più che piccola perdita di sangue.

Dopo tre settimane dall'eseguita operazione si presentarono i menstrui in iscarsa copia, ma in seguito fluirono regolarmente, e la donna ricuperò la più perfetta sanità (1).

(1) Data la pubblicazione a questa lettera, avendo avuta occasione di operare non pochi altri polipi uterini nella maniera superiormente descritta, non omisi di notare che allorquando il polipo era molto voluminoso si potea, lasciandolo cadere sfacelato, con molta probabilità incorrere in qualche rischio assai grave. Per questo di poi in simili casi, dopo avere stretto colle pinzette il peduncolo del polipo preferii di reciderlo al dissotto delle medesime colle forbici, nel qual modo mentre per la pressione esercitata dalla pinzetta sul tratto superiore del peduncolo veniva allontanato ogni timore d'emorragia, staccato che fosse il polipo, era pure tolto il pericolo che potea derivare dal suo sfacelamento lasciato che fosse in sito. Se non che per rendere più facile quest'atto operatorio modificai le mie pinzette in modo da potere colle medesime schiacciare e tenere stretto a piacimento in alto il peduncolo, e nel tempo stesso troncarlo al di sotto di esse. Acciocchè il modo loro di agire sia meglio inteso, riporterò specialmente ed in compendio la storia clinica di un fatto che mi appartiene la quale fu pubblicata dall'egregio mio Assistente Dottor *Antonio Giovanini* nel fascicolo di Giugno scorso (1869) del Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna.

L' applicazione della mia pinzetta costrittrice non fu limitata ai polipi della matrice, ma fu estesa anche su quelli

Il giorno 17 Ottobre del passato anno veniva accolta nello Spedale Maggiore una contadina di anni 39 per nome Rosa Armaroli; era una onesta donna la quale ne avvertiva di essere stata soggetta a delle copiose menorragie che erano comparse nell' estate del 1866 senza saperne attribuire causa veruna, e tanta fu la quantità di sangue perduto nel corso di un intero mese, da rimanerne stremata di forze in modo da non potersi più reggere in piedi. Riavutasi per altro lentamente si trovò bene per tutto l' inverno successivo in cui la mestruazione regolarmente ricomparve. Ma nel Maggio del 1867 di nuovo incontrò una grave metrorragia all' apparire delle purghe mensili, la quale continuando per 30 giorni la fece ricadere in gravissime condizioni, dalle quali del pari migliorata potè giugnere in discreto stato fino al Febbraio del 1868, in cui di nuovo alle stesse perdite fu soggetta. Dovette ella perciò guardare il letto per oltre un mese, scorso il quale incominciò a risentire un molesto senso di peso all' ipogastrio, e s' accorse che invece di sangue gemeva dalle parti genitali continuamente ed in copia un umore bianco sporco fetente.

Giunto però il Maggio dello stesso anno una nuova perdita di sangue la colse, e tale che in pochi giorni fu ridotta nello stato il più allarmante. Soccorsa però convenientemente la metrorragia si fece più mite, e finalmente cessò, null' altro rimanendo che lo stillicidio continuo di quell' umore fetido, che anche prima la molestava, ed un senso penoso di sfinimento. Solo sugli ultimi giorni di Luglio alla sensazione di peso che provava all' ipogastrio si aggiunse difficoltà nell' urinare che notabilmente aumentando costrinse al cateterismo.

Del resto era poi questa donna di buona derivazione, e nel corso di sua vita non aveva mai incontrate malattie di entità. Ma per quella che la travagliava, aveva essa assunte le impronte di chi soffre da lungo tempo, di più la sua cute bianco-cerea poteva sollevarsi in larghe pieghe, e scolorata mostravasi la congiuntiva, e la mucosa del prolabio.

Esaminata la regione ipogastrica tre dita trasverse al dissopra del pube notavasi un corpo posto al di sotto delle parti addominali, resistente, maggiormente esteso a sinistra, avente una superficie liscia, il cui diametro trasversale era della lunghezza di otto centim. circa.

I genitali esterni vedevansi integri, solo l' imene appariva convertito in una sottilissima piega, la quale marcatamente si mostrava, divaricando fra loro i grandi labbri; mentre che subito al didietro dell' osculo

del retto intestino, ed eccovi che in breve ve ne porgo innanzi un fatto particolare.

vaginale scorgevasi un corpo che perfettamente lo chiudeva; il quale nella sua faccia sporgente presentava un solco trasversale lungo un centimetro che a prima giunta si sarebbe potuto ritenere costituito dal muso di tinca, ma che invece era inaccessibile alla sonda, e ad un sottile specillo.

Introdotto l' indice della mano destra in vagina radendone la parete superiore, non poteva spingersi in alto perchè quel corpo resistente completamente la riempiva, usando però le dovute cautele si riesciva a sentire che esso corpo era di superficie liscia, mediocremente resistente in tutti i punti, e non aderente alla vagina, non si giungeva però ad onta di ripetuti tentativi a scuoprirne il punto di inserzione. Imprimendo col dito dei movimenti alla porzione di tumore che poteva essere dominata, i medesimi venivano comunicati alla tumidezza esistente nella regione ipogastrica.

L' esplorazione rettale, praticata essa pure col dito, faceva sentire al di là della parete anteriore di esso intestino e corrispondente parete vaginale, la tumidezza esistente in vagina, ma per quanto il dito fosse portato in alto non riescivasi neppure così a circoscriverne il limite superiore.

Gli altri organi obbiettivamente esaminati non offrivano alcun che di speciale, solo all' ascoltazione del centro della circolazione i toni tutti si avvertivano staccati ma accentuati, e ai lati del collo manifestamente spiccava il rumore detto del diavolo. Erano quindi gravissime le condizioni nelle quali versava questa povera donna, e tali che mentre esigevano pronti e solleciti soccorsi, vietavano però anche al pratico il più ardito di usare tosto quei mezzi i quali radicalmente avrebbero potuto condurla a salvamento. Per questi motivi all' inferma, che anche gli organi digerenti aveva malandati, fu prescritta una dieta succolenta, l' uso del latte, una limonea per estinguere la sete, e frequenti lavacri alla località con acqua lievemente acidulata.

Intanto trascorrevano i giorni, e mentre con simile trattamento riacquistava la donna a poco per volta di colorito, faceva altresì conoscere di migliorare sia nella nutrizione sia nelle forze. Veniva quindi il momento di pensare a togliere quel corpo che era in lei cagione di tanti pericoli.

La porzione di tumore rinchiusa entro la vagina che potea essere esaminata colla vista e col tatto faceva a vero dire conoscere che esso tumore era costituito da un assai voluminoso polipo uterino, rimaneva però a stabilirsi se la porzione nascosta entro la matrice cui non potea

In sui primi del gennaio 1858 certa Signora Poggi Annunziata, vedova Venturi, in età di circa 48 anni, e di robusta

giugnere il dito insinuato in vagina, e che concorreva a fare tumore all'ipogastrio era peduncolata, e forti ne erano gli attacchi, od invece se quella stessa porzione più alta e nascosta avesse bensì un notevole volume, ma aderisse soltanto alla interna parete uterina in modo tale da renderla snucleabile.

Io avea veduti alcuni di simili esempi, ma fra questi ne osservai molti anni or sono uno che credo sia ben fatto di qui ricordare (1).

Come risulta dai Registri dello Spedale Provinciale e Ricovero, l'Assistente signor Dottor *G. Angeli* accolse in via d'urgenza nel medesimo Stabilimento il giorno 25 Settembre 1839 Angela Collina, dimorante a Monte S. Pietro, di età un poco avanzata, per esservi curata di un assai grosso tumore pendente fra le sue coscie ed insinuantesi profondamente lungo la vulva nello interno della pelvi.

La porzione sporgente era del volume di una grossa testa di bambino e scorgevasi annerita in modo da mostrare chiaramente che era invasa da incipiente cancrena in causa della strozzatura che sulla medesima esercitavano lo stretto inferiore, e le parti molli adiacenti. Questa donna non poteva camminare che a gambe e coscie divaricate, ed era ridotta per le continue perdite di umori che scaturivano dalla parte inferma a sì notevole grado di debolezza da non potere che per brevi istanti ed a stento reggersi in piedi. I caratteri anatomici che presentava quel tumore erano tali da farlo ritenere per un polipo. La necessità di estrarlo era evidente, ma sorgeva il dubbio che gli attacchi che il medesimo poteva avere colla vagina o coll'utero fossero sì validi da obbligare a grave operazione chirurgica per toglierli. La porzione del tumore sporgente fuori della vulva essendo, come dissi, fortemente abbracciata dalle parti costistuenti lo stretto inferiore e dalla vulva stessa, rendeva per questo impossibile il penetrare colle dita tant'alto in vagina da potere scuoprire quali e dove fossero gli attacchi di quel tumere. Quindi per accertarmene, e per potere agire sui medesimi con tutta sicurezza, deliberai di afferrare con ambo le mani la grossa porzione di tumore pendente dalla vulva, di trarla in basso acciocchè escisse la porzione nascosta entro la pelvi, e di agire così con libertà e sicurezza sul punto corrispondente agli attacchi

(1) Bullettino delle Scienze Mediche 1867. Nuovo processo operatorio per la cura d'una vasta apertura uretro-cisto-vaginale.

costituzione, andava sofferendo alcune molestie che essa attribuiva ad ingorgo emorroidario, per le quali avendo poi con-

stessi. Ma mentre io ciò facea colle dovute cautele, d'un tratto quell'enorme tumore del tutto si stacca, e ciò ha luogo con appena avvertibile perdita di sangue. Lo esamino tosto e mi accorgo che nella sua sommità ove erasi staccato si osservava soltanto un delicato tessuto cellulare lacerato in un con minimi vasellini. Fatta allora côl dito la esplorazione vaginale, mi avvidi che a destra la parete dell'interna cavità del collo uterino si era trasformata in una specie di tazza nel cui interno aveva aderito con debolissimi attacchi il tumore. Con vero rammarico poi la esplorazione stessa mi rese manifesto che, per le dannose pressioni esercitate dal tumore sugli organi contenuti entro la pelvi, erasi distrutta quasi tutta la vagina e in un con essa pressochè tutta l'uretra, la parete posteriore della vescica e l'anteriore del retto, pel quale guasto erasi originata una sola vasta e schifosa cloaca. Di questo tumore feci dono al Museo di Ostetricia mentre io ne era Direttore, ove il medesimo tuttora conservasi.

Adunque, per le cose che sono venuto esponendo si rende manifesto che per regolare debitamente l'atto operatorio che potea richiedersi onde liberare la Collinà dal voluminoso polipo in essa formatosi, era mestieri il cercare di portarlo in parte fuori dalla vulva acciocchè col dito giugnere si potesse a conoscere il punto ed il modo di sua inserzione.

A ciò fare, lo stato di verginità della donna avrebbe potuto porre un qualche imbarazzo, ma siccome pel gravitare del tumore sull'imene, questo erasi marcatamente ampliato, ritenni che non sarebbe poi stato molto arduo l'abbrancare il tumore con sicurezza e senza pericolo di offendere la vagina, qualora invece di valermi delle pinzette uncinate avessi data a tal uopo la preferenza al mio piccolo forcipe a seno molto ristretto (1). In tale modo regolandomi, non solo avrei potuto ottenere l'indicato benefizio, ma nel tempo stesso allargare debitamente e gradatamente la vulva acciocchè il polipo in parte almeno ne escisse. Per garantire poi nell'atto dell'operazione la donna dal pericolo di emorragia e di poi da quelli di una putrida infezione, deliberai di premunirmi della mia pinzetta schiaccio-incisiva onde potere con sicurezza troncare quegli attacchi che il polipo avesse incontrati colla matrice e toglierlo così dalla vagina.

(1) Vedi la mia memoria sul forcipe.

sultato il sig. dott. *Yann*, questi rilevò che gl' incomodi accusati dalla Signora erano dovuti alla presenza di un polipo

Questa pinzetta che feci costruire dai distinti artefici Lollini si compone di due branche, maschio e femmina, Tav. 18.ª fig. 2.ª, curve sul piatto, ed articolate al loro terzo superiore da una semplice vite.

Aprendo la pinzetta, si osserva che la porzione ricurva della branca femmina, fig. 2.ª, è finestrata e nel suo apice chiusa; si scorge pure che il suo margine inferiore *h*, fig. 3.ª, è tagliente, mentre l' altro sovrapposto o superiore *j*, fig. 3.ª, è nella sua lunghezza munito di denti o solchi ottusi.

La branca maschio *b*, fig. 4.ª, nel chiudere la pinzetta va a penetrare nell' interno della finestra della branca opposta; e strisciando colla sua convessità, a guisa di forbice, contro il tagliente dell'altra branca femmina, viene ottenendo l' effetto stesso della forbice, escide cioè le parti molli che vi sono frapposte, mentre poi l'orlo superiore *j*, della finestra della branca *a*, fig. 2.ª, munito come dicemmo di forti denti ed ottusi, schiaccia quelle parti che contr' essa vengono spiute, nel chiudersi della pinzetta dalla branca maschio *b*, fig. 4.ª La branca maschio *b*, fig. 4.ª è nella sua spessezza interna munita di piccoli e numerosi dentini acuti, e ciò per impedire che le parti molli che vengono contuse scivolino lungo la pinzetta e sfuggano così all' azione dello schiacciamento.

Per dare poi al chiudersi dello strumento una pressione regolare e forte, si articola alla estremità inferiore della branca *a*, fig. 2.ª, una vite *g* che si può a piacimento lasciare, o togliere essendo essa articolata a *tenon*. Essa vite passa nella spessezza della branca *b*, fig. 2.ª, la lato opposto corrispondente, per una fessura esistente alla sua estremità inferiore; al di là di questa trovasi un grilletto a farfalla *e*, fig. 2.ª, che scorrendo lungo la vite, serra le branche della pinzetta impiegando una forza ben mite, ed ottenendo una pressione conveniente e regolare.

Costrutta che fu questa pinzetta si fecero ripetuti esperimenti sul cadavere in diversi muscoli, il sartorio, il bicipite, e si riescì costantemente a troncarli mentre poi la pinzetta rimase fissa nell' estremo superiore.

Premunitomi quindi anche di questa pinzetta, il 23 Novembre 1868 mi accinsi alla operazione. Collocata la donna sulla sponda del letto, divaricate le coscie e sostenute da due assistenti, introdussi in vagina colla scorta del dito e colle dovute cautele separatamente le due branche del forcipe ai lati del tumore e dopo averle articolate, con delicate trazioni giunsi a portar fuori dall' osculo vaginale una porzione del tumore: allora fattolo afferrare con robuste pinzette uncinate, insinuai in vagina

grosso come una nocciuola, il di cui peduncolo si trovava inserito nella parete interna e posteriore del retto intestino, un pollice circa al disopra dello esterno sfintere dell'ano.

lungo la parete posteriore del polipo l'indice ed il medio della mia mano sinistra, nel qual modo potei sentire a sinistra della donna traccie dell'orificio uterino, mentre a destra ed allo interno del collo si rinveniva aderente la più alta porzione del tumore.

Fosse quella porzione costituita da un grosso e forte peduncolo, od invece da una porzione di tumore snucleabile, in ogni modo mi parve conveniente il troncarla, perchè anche supposto quest'ultimo caso, la porzione di mucosa che l'attorniava era così resistente da obbligare ad inciderla, onde potere agire al disotto di essa in modo da staccare del tutto il tumore.

Quindi presa la mia nuova pinzetta come una forbice comune, la introdussi in vagina radendo il dorso dell'indice e medio della mia mano sinistra di già applicati sopra la parete anteriore del tumore, ed atteggiati in modo da afferrarne la porzione più alta, allora d'un tratto rialzandone i manichi, dopo averne aperte le branche, rimase quella porzione istessa dalle medesime abbracciata. Ordinato al mio assistente dottor *Giovanini* di mettere in azione la vite e di stringerla lentamente, allora fatti che furono pochi giri si cominciò ad udire uno scricchiolio, che andava crescendo man mano avveniva lo schiacciamento di quel corpo nel punto dalle branche stesse afferrato al disotto delle quali andavasi staccando, fig. 2.ª

Posti così i manichi della pinzetta a perfetto contatto, non per questo la medesima lasciava la presa superiormente, e ciò avveniva senza indizio alcuno di emorragia e di dolore. Staccato ed escito il tumore, esaminando allora col dito in alto la piccola porzione che era abbracciata dalla pinzetta, essendo rimasto allo intorno aperta la mucosa, potei con facilità quella porzioncella dominare, e conoscere che era riunita diffatti alla superficie interna del collo della matrice (che le formava come una callotta) con sì deboli attacchi da poterla snucleare, il che non esitai a compiere giacchè la staccata porzione di polipo faceva conoscere non essere fornita di vasi sanguigni tali da poter temere che pel distacco delle porzioncelle superstiti potesse derivarne emorragia di rimarco.

Nessun accidente grave sopraggiunse; il collo dell'utero rimase molto ampio, e dilatati restarono i genitali esterni.

La donna ricondotta al suo letto passò le prime ventiquattro ore tranquilla; il dì appresso furono prescritte delle irrigazioni ed amministrata una limonea vegetale.

Ebbe, il nominato chirurgo, la gentilezza di mostrare desiderio che operassi la signora inferma, al che di buon grado

Nel 3.°, 4.°, 5.°, sino all'8.° giorno, un po' di umore bianco sporco colava dai genitali, al 20.° lo scolo era cessato affatto, ed esaminando il ventre dell'inferma trovavasi in ogni punto normale. I genitali esterni eransi ristretti, l'orifizio uterino d'assai impiccolito permetteva però al dito di penetrarvi.

Al decimo giorno trovossi in condizioni tali da esserle permesso di alzarsi, e non avendone sentito danno veruno seguitò nei giorni appresso ad abbandonare il letto per alcune ore, di modo che di bene in meglio progredendo, il 15 di Gennaio del corrente anno rinutrita e guarita tornava fra le braccia dei suoi, che disperato avevano di rivederla (1).

Intanto il Prof. *Taruffi*, al quale si era inviato il tumore perchè favorisce di anatomicamente ispezionarlo, ecco ciò che gentilmente mi comunicava.

« Il tumore ha una forma ovoide, il diametro longitudinale di centimetri 13, 5, il trasverso di cent. 7, 5. La porzione più stretta, che giaceva in alto, è bianca, non ricoperta dalla mucosa per una estensione di circa 4-5 centimetri. La mucosa si mostra tutt'intorno incisa e la porzione del tumore scoperta ha la superficie mammellonata, liscia è quella nella quale non havvi segno di soluzione artificiale di continuità; è ivi involta da un tessuto connettivo che si addentra nel tumore, e serve all'unione dei molti lobi, dei quali esso risulta composto. L'altra parte che rappresenta il grosso dell'ovoide, ha una superficie rosea con chiazze rosso-scure, appartenenti alla mucosa che ricopre il tumore, mentre queste sono dovute a stravasi, ad imbibizione di sangue. La sostanza del tumore di una consistenza piuttosto notevole, è rammollita solo in alcuni punti della parte inferiore: non vi hanno però esulcerazioni. »

» Al taglio verticale del tumore si riscontra da prima la suddetta membrana mucosa, della grossezza di 3-4 millimetri, che senza interruzione lo ricopre, eccetto la parte superiormente descritta. In alcuni punti

(1) Eguale risultato otteneva sugli ultimi del passato Maggio in una Signora di circa 40 anni, sofferente di grave metrorragia, e ridotta oligoemica per un polipo fibroso del volume di un ovo di colomba, che protrudeva dalla bocca dell'utero. Quivi pure assistito dal dott. *Giovanini* applicai la mia pinzetta schiaccio-incisiva e riescii a troncare il polipo conservando in posto per breve tempo la pinzetta senza che emorragia ne conseguisse. Dopo 8 giorni si alzava e stava bene, all'esplorazione si rinvenne la bocca dell'utero ridotta allo stato normale.

mi prestai usando del metodo della escisione. Or bene, in seguito del piccolo taglio che necessariamente dovetti fare, ebbe

essa aderisce fortemente al tumore, mentre in altri se ne stacca con facilità. La sostanza propria del neoplasma è di colore bianchiccio e si presenta, osservata anche microscopicamente, formata come di due sostanze, l'una scarsa che si dispone a fibre e fascetti più o meno grossi, che formano intrecciandosi variamente, degli spazi irregolari per figura e grandezza, entro ai quali sta allogata l'altra sostanza, che sollevasi a modo di nodo. »

» La prima sostanza esaminata al microscopio presentasi formata da un connettivo denso e stipato, la quale disposizione spiega la notevole consistenza di tale sostanza, non che l'aspetto lucido e splendente. Attorno a queste strie veggonsi ad occhio nudo dei fori risultanti dalla sezione trasversa dei vasi del tumore. »

» Ciascun nodo è formato da un numero vario di più piccoli noduli la cui sostanza è composta, veduta al miscroscopio, di un tessuto che ha queste particolarità. — Gli elementi cellulari sono di forma allungata e fusiforme, quasi tutti nella parte loro centrale hanno un nucleo allungato, con contorni netti e con protoplasma liscio. La sostanza intercellulare è scarsa e le cellule stanno addossate le une alle altre disponendosi in serie lineari, paralelle e costituendo dei fascetti che incrocicchiansi in isvariate direzioni. Osservando attentamente una sezione trasversale di uno di questi noduli, veggonsi delle forme cellulari che possono trarre in inganno un occhio poco esperto. »

» Oltre alle figure allungate e a forma di fuso sonovene alcune altre che si presentano come tanti elissoidi o come tante cellule rotonde provvedute di un nucleo al loro centro, riunite a gruppi, contornate e limitate da fascetti esclusivamente formati dalla prima specie di cellule. Queste sono il risultato delle sezioni più o meno obblique, o invece del tutto trasverse degli elementi fusiformi. »

» In quanto agli elementi morfologici che costituiscono la parte esterna della membrana limitante il tumore (mucosa) essi appartengono alle cellule epiteliali pavimentose. Tali cellule sono provvedute di un grosso nucleolato a protoplasma liscio, sono a mutuo contatto, scarsissima essendo la sostanza fondamentale. Di glandole non ve ne ha quasi traccia, e ciò non reca meraviglia a chi considera la distensione enorme alla quale fu soggetta la mucosa, ed alla qualità di glandole di cui la mucosa va fornita nella regione d'onde nacque il neoplasma. — Il tessuto sottomucoso

luogo sì grave emorragia che a frenarla venni obbligato a ricorrere ai più energici mezzi emostatici. La signora per altro

è molto abbondante e forma, direi, come la parte più cospicua della membrana che avvolge il tumore. Quelle strie del tessuto connettivo che dividono e suddividono la sostanza propria del neoplasma in altrettanti lobetti si congiungono appunto con questo connettivo; d'onde il difficile distacco della mucosa dalle medesime strie. »

Dalla superiore descrizione risulta anatomicamente che il tumore è un fibro-mioma della classe degli snucleabili, e soltanto sotto-mucoso, la cui superficie d'inserzione non mostrava alcun fascio muscolare diviso, per cui aveva desso perduto i rapporti colla sostanza uterina.

Il preparato conservasi nel Museo di Anatomia Patologica di Bologna al N. 1599.

Avuto questa accurata descrizione mi parve ben fatto il pregare lo stesso chiarissimo Professore a volersi pure occupare dell'esame anatomico dell'altro molto più voluminoso polipo sottomucoso e parimenti snucleabile di cui tenni superiormente parola, per conoscere se nel medesimo variava l'anatomica struttura.

Avendo egli cortesemente acudito allo invito fattogli così mi scrisse:

« L'altro polipo enorme da me esaminato pesa attualmente, dopo essere stato moltissimi anni nell'alcool, gram. 2357, ha complessivamente una figura ovoide, con una estremità conica, fig. 5.ª *d*, e coll'altra appianata, fig. 5 *e*. Il diametro longitudinale è di 28 cent., il trasverso di 17 cent. e questo è situato nel punto medio della lunghezza. La superficie anteriore si mostra divisa in 3 parti, due delle quali corrispondono ad una metà della lunghezza del polipo, ed hanno la figura di due tumori soprapposti, schiacciati, aventi un margine rotondeggiante distinto, ed esteso a due terzi della circonferenza di ciaschedun tumore; questo margine è in genere liscio, ma in alcuni tratti la superficie del medesimo è increspata, ed in altri è aderente a frammenti di connettivo. I due tumori sono anteriormente divisi fra loro da un profondo solco, ed in eguale maniera lo sono dalla terza parte del polipo; il più esterno dei due tumori accennati, che chiameremo *a a*, sporge circolarmente sull'inferiore con un margine alto 6 cent.: il tumore sottoposto *b b* ha un margine circolare alto 5 cent. e si trova ad un livello molto più basso del superiore, e della terza parte del polipo. Questa ultima parte, che appelleremo *c c*, in lunghezza corrisponde all'altra metà dell'intero tumore, offre la figura di un cono, con una superficie appianata anteriormente, di cui la punta è all'estremità *d* del polipo. »

si ristabilì dippoi in salute, e non fu che al cominciare del successivo Maggio che venne nuovamente molestata da quei

» Gli altri caratteri di queste tre parti, considerate sempre anteriormente, sono: una assoluta resistenza alla pressione, tranne che nell'estremità piana *e*, ove la consistenza è minore; un colorito biancastro in questa stessa estremità, mentre trovasi interpolato da macchie nere nella parte media *b b*, e convertito in rosso scuro nella parte conica *c c*. Praticando una incisione longitudinale, si nota alla superficie del taglio che tutte tre le dette parti sono ricoperte all'esterno da una membrana connettiva, ben distinta, notandosi però che all'estremità *e*, è sottilissima, aderente alle parti sottoposte, di colorito grigio, e che manca nel centro convesso della parte conica *c c* per comparire di nuovo ai contorni di detta parte con un bordo frastagliato: lo che sembra indicare che in quel punto lo strato membranoso venne tolto da causa meccanica. Osservando poi la rimanente superficie del taglio, si rileva che la sostanza propria del polipo, almeno nello stato attuale, non offre all'occhio nudo alcuna struttura, presenta però una differenza di colorito, che corrisponde anche all'aspetto esterno, cioè bianco-grigiastro nel tumore piano *a a* posto all'estremità *e*, cupo scuro uniformemente nelle altre due parti *b b*, *c c*. »

» Passando ora all'esame della parte posteriore del polipo, fig. 6.ª, si osserva che desso da questo lato è piano, senza traccia delle divisioni anteriori, di figura ellittica, con ambedue le estremità rotondeggianti. La consistenza è pure quivi rilevantissima, però alquanto minore nell'estremità *e*, in cui già anteriormente si notò il medesimo carattere, così il colorito è bianco-grigiastro in tutta la metà del polipo che corrisponde alla suddetta estremità: lo che si collega colla presenza dello strato membranoso involgente, in continuazione con quello già descritto anteriormente. Nell'altra metà posteriore, verso l'estremità *d*, si rinviene un colorito rosso-scuro e si nota la mancanza della membrana involgente, la quale però esiste ai contorni della superficie rossa, ma è così allineata da lasciar dubbio che dessa in quel punto fosse da prima lacerata, e poscia regolarizzata con un coltello. I caratteri della sostanza propria dal lato posteriore non variano da quanto si è rilevato anteriormente. »

» L'esame microscopico ha riscontrato due tessuti diversi; uno costituente la membrana involgente del polipo, formato da strati di fibrille di tessuto connettivo in cui s'incontrano delle glandole, l'altro tessuto (costituente la sostanza propria del tumore) è formato da tanti fasci di fibre muscolari liscie. »

medesimi incomodi che risentiva innanzi la subìta operazione, i quali si fecero tali da richiedere di nuovo l'assistenza del signor dottor *Yann* che saggiamente ripetendo le opportune esplorazioni ben presto s'accorse che si erano sviluppati nel retto intestino altri due polipi, di cui uno era della grossezza d'una nocciuola, l'altro più piccolo. Desiderando la signora di liberarsi di tali morbosi prodotti, venni per ciò di nuovo chiamato perchè l'operassi.

Fattomi certo pur io, innanzi tutto, della presenza di quei polipi, nel timore d'incorrere una grave perdita di sangue usando del metodo d'escisione da me adottato innanzi, mi prefissi valermi invece del mio processo operatorio immaginato per la cura dei polipi all'utero.

Se non che per poterne meglio apprezzare i vantaggi, anche in confronto della legatura, mi prevalsi di quest'ultima per istringere il peduncolo del polipo più piccolo, e diedi la preferenza alla mia pinzetta costrittrice per ischiacciarne il maggiore.

Ebbene, la legatura del polipo più piccolo si rese non solo di meno facile esecuzione di quello nol fosse la costrizione esercitata sull'altro colla pinzetta, ma la legatura stessa riescì dolorosa, ed il polipo non cadde che dopo quattro giorni, mentre il maggiore staccossi completamente nel successivo all'applicazione del mio istrumento (1).

» La descrizione d'ambedue i tessuti possiamo quivi risparmiare essendo identica a quella data dell'altro polipo, con questa differenza però che nel caso attuale i fasci muscolari appartenenti alla parte *a a* erano in preda alla degenerazione granulo-grassosa, e quelli della parte *b b*, *c c* erano infiltrati di sangue. ».

» Dall'esame anatomico di questo tumore si desume direttamente che anch'esso è un *fibro-mioma* semplicemente sotto-mucoso e della classe degli snucleabili. »

(1) Farò per altro qui notare che di poi quando ho dovuto agire su polipi sviluppatisi allo interno del retto intestino alquanto in alto, allora soltanto mi sono prevalso dello stesso istrumento, o del mio enterotomo perchè

Dopo la caduta dei polipi non susseguì alcun particolare fenomeno, e la signora in tempo brevissimo perfettamente si ristabilì, e di poi non fuvvi alcuna minaccia di poliposa riproduzione.

Ora concedetemi, in sul finire di questa mia lettera, o illustre collega, e giacchè lo può permettere l'argomento, che vi esponga pure un'altra osservazione, la quale mi sembra adatta a mostrare che il mio processo può essere anche suscettibile di più estese applicazioni.

Una signora della nostra città, chiamata Frizzati Valeria, giovane di robusta costituzione, andò soggetta nella sua infanzia a replicate e gravi angine tonsillari, le quali determinarono l'ipertrofia delle tonsille che giunsero a tale grado di grossezza, da costringerla a chiedere la loro demolizione.

Pertanto nel giorno 17 del mese d'agosto 1857 praticai la sezione di parte della tonsilla sinistra, mercè un ordinario tonsillotomo; ma ne ebbi tale una emorragia da dovere ricorrere a mezzi emostatici di gran valore per salvare l'operata, laonde non mi fu più permesso di pensare per allora ad agire sull'altra.

Guarita che fu la signorina di questa prima operazione, non sentivasi l'animo disposto ad affrontare il pericolo di una nuova emorragia che pur potevasi temere per la parziale demolizione dell'altra ipertrofica tonsilla; e a dir vero, a me pure mancava il coraggio di pormi di bel nuovo a sì grave cimento.

riesce tanto più agevole l'applicarlo di quello che non facciasi la legatura; allorchè invece il polipo può essere facilmente dominato da un laccio, o si tratta di tumori emorroidarii sanguinanti da estirparsi, allora do la preferenza alla legatura fatta con semplice cordoncino per evitare le molestie che ponno essere indotte dalla presenza dell'istrumento. In questi casi, fatto iniettare un clistere, appena l'operando l'ha evacuato, allora sporgendo assai bene dall'ano il polipo o gli emorroidarii tumoretti, possono colla massima facilità essere circondati e stretti dal laccio.

Considerando per altro che la giovane poteva tollerare senza pena e lungamente la presenza dell' estremità non solo d'un dito, ma altresì d'una spatola, d'una pinzetta comune nelle fauci, mi decisi di attaccare la tonsilla ipertrofica colla mia pinzetta di costrizione, il che attuai nella maniera seguente.

Collocata la signora a sedere in una seggiola, fattole tener fermo il capo da un assistente, ed abbassatane la lingua con una spatola, in allora colla mia destra presi una pinzetta di *Muzeaux* colla quale afferrai la tonsilla e la portai alquanto innanzi nella bocca; presi poscia colla sinistra la mia pinzetta costrittrice, la insinuai sino contro la tonsilla, e quindi divaricatene le branche, abbracciai colle lame dentate la tonsilla, rasente il margine interno della colonna anteriore, o glosso-palatina corrispondente; dopo di che serratene strettamente le branche, ivi la tonsilla rimase strozzata dalla pinzetta, e schiacciata di maniera, da permettere alle sue due branche di mantenersi ad immediato contatto, locchè si ottenne senza che la signora dasse segno di sofferimento, e, quel che più monta, senza che la presenza della pinzetta, che tenne per 18 ore entro la bocca, le arrecasse notevole incomodo. Del che non dee farsi le maraviglie qualora si consideri che non pochi individui vi sono, i quali tollerando senza stento la presenza di corpi estranei nella retro-bocca, assoggettati che siano alla demolizione delle tonsille mercè il metodo della legatura nella maniera ordinaria praticata, sono perciò capaci di sopportare i lacci ed i serranodi con pochissimo incomodo.

Scorse le 18 ore, come dissi poc'anzi, essendo la tonsilla caduta in uno stato di mortificazione mummificante, ritenni inutile di mantenere in posto la mia pinzetta più oltre, e quindi l'estrassi. Dopo due giorni la parte morta essendosi consumata, la superstite piccola piaga regolarmente si cicatrizzò in breve; e riavutasi la giovane perfettamente, non fu

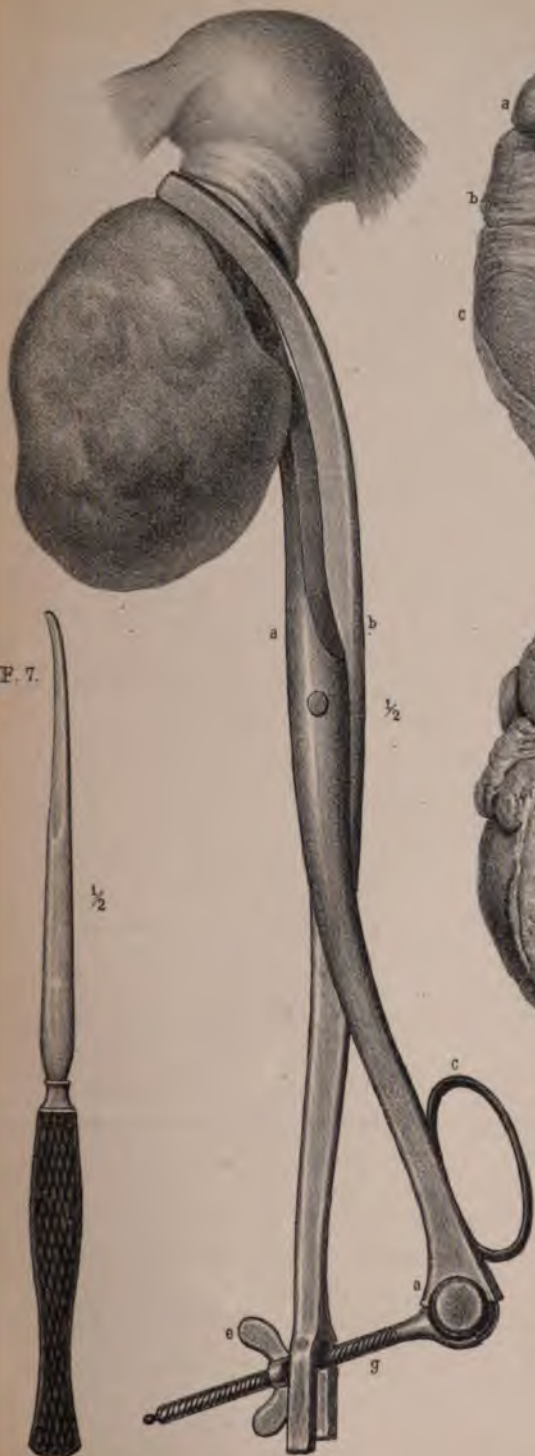
poscia più mai soggetta ad alcun altro attacco infiammatorio degli organi della retro-bocca (1).

Sebbene per gli espostivi felici risultati ottenuti mediante il mio operatorio processo, non sia fuori di proposito il dichiarare che il medesimo è applicabile in molti casi con maggiore facilità e sicurezza di quello nol siano altri processi operatorii, e possa quindi a questi essere preferito, nullameno essendo possibile che al medesimo siano inerenti alcuni difetti che ponno fino ad ora essere a me sfuggiti, attendo perciò i risultati d'una più vasta esperienza onde essere in caso di dare con maggior fondamento al processo istesso quel valore, che può meglio, e più sicuramente condurmi a farne nuove ed utili applicazioni, od al bisogno variarlo. Colgo intanto quest'incontro per dichiararmi

Bologna 22 luglio 1860.

Vostro Dev.mo Oss.mo Collega
Francesco Rizzoli.

(1) In alcuni altri casi, e quando il colore delle ipertrofiche tonsille mi ha fatto sorgere il dubbio d'incontrare pericolose emorragie escidendole, ho fatto l'applicazione delle stesse pinzette lasciandole in sito anche brevissimo tempo, giacchè ciò basta perchè i tessuti dalle medesime schiacciati vadano soggetti a così profonde alterazioni da togliere del tutto qualsiasi relazione vascolare o nervosa colla porzione di tonsilla che s'intende distruggere, la quale perciò mortificandosi tosto e di poi staccandosi, lascia nella porzione di tonsilla superstite una piccola piaguzza che presto si cicatrizza. In quei casi poi nei quali mi determino alla recisione delle tonsille, la pratico mediante il mio tonsillotomo che trovasi delineato nella Tav. 18 fig. 7.ª, seguendo nel fare l'operazione le norme ordinarie.

Tav. XVIII.
F. 2.
F. 5.
F. 4
F. 3.
F. 6.
F. 1.
F. 7.
O. Nannini dis.
Lit. G. Wenk.

NUOVO PROCESSO OPERATORIO

PER LA CURA

DI UNA VASTA APERTURA

URETRO-CISTO-VAGINALE

Coloro che a preferenza di ogni altro primeggiarono a porre nel dovuto onore il metodo della sutura per la cura delle fistole vescico-vaginali, che era caduto pressochè in dimenticanza pei suoi insuccessi, furono due illustri Chirurghi bolognesi il *Malagodi* ed il *Fabbri,* il primo dei quali corretto in acconcio modo l'antico metodo, operò felicemente una donna nell'anno 1828 (1), il secondo altri perfezionamenti facendogli, nell'Aprile del 1830 ottenne del pari una guarigione perfetta (2), e ciò invogliollo a interessanti studi, mediante i quali esibì nel 1838 una nuova e bella serie di eleganti ed ingegnosi strumenti atti a viemmeglio raggiungere il proprio intendimento (3).

Dirò anzi di più che alcun tempo prima che questi istrumenti apparissero, il *Baroni*, mio venerato maestro, come già

(1) Il Raccoglitore Medico. Bologna 1829 pag. 38.

(2) Opuscoli della Società Medico Chirurgica di Bologna, Vol. VIII, 1830.

(3) Memoria intorno alcuni nuovi strumenti per cruentare ecc. Bologna 1838.

feci noto mediante una mia lettera diretta all' onorevole cav. Dott. *Peruzzi* (1), essendo molto fidente nella sutura metallica, l'avea sperimentata attenendosi a norme, che molto si accostano a quelle tanto lodate oggidì. E sebbene a lui la sorte non si offrisse propizia, nullameno riconoscendo io pure molti pregi in questa sutura, ed applicata avendola con buon successo nel 1836 in un uomo affetto da ano preternaturale, la volli del pari esperimentare in un caso di ampia fistolosa apertura occupante la vagina, ma in comunicazione col retto intestino (2). Ma quantunque in simil guisa operando non potesse aver luogo la completa saldatura della fistola, nondimeno si ottenne di impedire stabilmente la escita dalla piccola superstite apertura delle materie fecali sì solide che liquide, in quanto che il labbro inferiore nel punto non riunito si allungò, ingrossò, ed indurì, sormontò il superiore e poggiando fortemente su d' esso lo tenne per tal modo chiuso permanentemente.

Che se i perfezionamenti subìti ai giorni nostri dalla sutura metallica specialmente in America, le procacciarono maggiore favore, e la resero forse preferibile in varii casi a quella fatta coi fili di seta o di canepa, e se le belle guarigioni di fistole vescico-vaginali ottenute anche in Italia in ispecial modo dal *Peruzzi* (3), dal *Mazzoni* (4), dal *Bottini* (5), concorsero a vieppiù mostrarne l' utilità, non è a tacersi però che esperimentata pure presso noi dal *Burci*, dal *Landi*, dal *Palasciano* e da alcuni altri, ebbe anche qui i suoi insuccessi,

(1) L'Ippocratico, Giornale di Medicina e di Chirurgia. Fano 1864 pag. 517.

(2) Rendiconto dell' Accademia delle Scienze di Bologna 22 Giugno 1846, e Memorie dell'Accademia delle Scienze dell' Istituto di Bologna 1819.

(3) L' Ippocratico 1864-65.

(4) Fistole vescico-vaginali operate col processo Americano. Roma 1865.

(5) Saggi Clinici di Medicina Operativa. Annali Universali di Medicina, Milano, Maggio, Giugno e Luglio 1867 e Aprile 1869.

i suoi rovesci e spinse per ciò ad occuparsi seriamente, di altre risorse. Per questo, e pel riflesso che la causticazione è metodo molto più semplice e mite, che può permettere alle donne di continuare ad attendere alle proprie famigliari incombenze nel tempo della cura, che non richiede nella sua esecuzione singolare perizia nell'operatore, e che può quindi essere praticata anche da quei Chirurghi i quali, specialmente nelle campagne, si indurrebbero piuttosto a lasciare in preda alle loro sofferenze le misere pazienti, di quello che esporsi a cimentare quella tanto delicata operazione, credetti perciò in varii casi di esperimentare l'uso dei caustici, ottenendone poi quegli splendidi risultati che si sarebbero ritenuti impossibili dal *Malgaigne* (1), e che io resi noti, non solo mediante la suindicata lettera diretta all'onorevolissimo *Peruzzi* (2), ma ben anco ai miei scolari nelle mie lezioni di Patologia, e di

(1) *Malgaigne.* Manuel de Médecine opératoire. Paris 1861.

(2) *Onorevolissimo Sig. Cav. Dott. Peruzzi*

Mi rallegro con Lei pella guarigione ottenuta d'una fistola vescico-vaginale mercè la sutura eseguita col processo del *Sims*, e la ringrazio pel dono fattomi dell'Osservazione, relativa a questo fatto importante (1), non che per la seconda sua Memoria sull'Operazione della fistola vescico-vaginale stessa (2).

E giacchè Ella, per vera gentilezza, desidera conoscere quali furono i risultati della mia pratica, e quale opinione io tengo intorno la cura di questa schifosa infermità, le dirò che fino ad ora fortunatamente non mi sono trovato nella necessità di ricorrere alla sutura, perchè ho ottenuti successi veramente meravigliosi mercè soltanto la cauterizzazione praticata col nitrato d'argento, che impresi ad esperimentare, dopo avere veduto,

(1) V. L'Ippocratico di Fano — Sull'Operazione della fistola vescico-vaginale col processo del *Sims*, ed Osservazione pratica del Dott. *D. Peruzzi* — A. 1864 — Vol. 5. — Pag. 19.

(2) V. detto — Di nuovo sull'Operazione della fistola vescico-vaginale col metodo Americano, pel Dott. *D. Peruzzi* — A. 1864 — Vol. 5. — Pag. 256.

Clinica Chirurgica, alcuni dei quali, posti che furono in condizioni opportune, si determinarono a cimentarla, e fra questi

mentre io era Assistente nello Spedale Provinciale e Ricovero, l'inefficacia dei tentativi di sutura fatti in un caso dall' Illustre Prof. *Baroni*. E di vero, sebbene in una giovane donna, affetta da fistola vescico-vaginale di figura elittica, avente direzione trasversale, della lunghezza di un centimetro e mezzo, situata a poca distanza dall' orifizio uretrale della vescica, egli operasse a un dipresso nel modo che ora consiglia il *Sims*, vale a dire, cruentasse estesamente la vagina nei contorni della fistola, riunisse i bordi cruentati colla sutura metallica, preferendo però gli spilli ai fili d'argento, attraversasse cogli spilli stessi soltanto la vagina profondamente rispettando la vescica orinaria, e compita la sutura, mantenesse la siringa a permanenza in vescica, ripetesse per ben due volte la sutura, e non omettesse tutte quelle cautele che potevano concorrere a renderne più sicuro il risultato, tuttavia non ottenne neppure in piccola parte la chiusura della fistola.

Avendo io quindi dovuto curare di poi nello stesso Spedale una donna, in cui in seguito di laboriosissimo parto erano rimaste superstiti tre fistole vescico-vaginali, due delle quali in corrispondenza della regione più alta della vagina, la terza verso il collo della vescica, avente una figura quasi circolare, e del diametro di un centimetro o poco meno, mi determinai di tentarne la guarigione mediante l' uso della cauterizzazione. Per eseguirla posi la donna in pronazione, facendola poggiare sulle ginocchia e sui gomiti, poscia introdussi uno specolo univalve, con cui sollevai la parete posteriore della vagina, onde mi riescisse agevole di vedere le fistole ed il cauterizzarne gli orli con un pezzetto di nitrato d'argento fuso, fissato su di un porta-caustico ricurvo. Questa causticazione fu da me ripetuta ogni due, tre, ed anche quattro giorni, nel tempo stesso che non omisi di far eseguire delle lavature in vagina, onde minorarne l' irritazione. Avendo provato a mantenere a permanenza una siringa di gomma elastica in vescica, m'accorsi che la medesima risvegliava delle irritazioni, le quali, lungi dal favorire, disturbavano il lavoro di rigenerazione per cui mi determinai di levarla. Così regolandomi, le aperture fistolose, dopo essersi rimpiccolite, finirono per chiudersi completamente. il che avvenne nel corso di alcuni mesi. La donna non fu costretta nel tempo della cura a rimanere costantemente in letto, e cominciò a trattenere le orine in vescica, dapprima in piccola quantità, poscia in gran copia, e per molte ore. La guarigione dell'inferma si mantenne di poi stabile e

mi è qui grato il nominare gli egregi signori Dott. *Vincenzo Lesi* attualmente Chirurgo Primario in Fano, Dott. *Carlo*

completa. Dirò per incidenza, che anche in molti casi di fistole uretrali nell' uomo, avendo veduto che mantenendo nell' uretra una siringa permanente, oltrechè è male tollerata, produce qualche volta una esacerbazione nelle condizioni locali capace di disturbare il processo di riparazione, e di indurre delle suppurazioni periuretrali, ho per questo preferito nella maggioranza dei casi di abbandonare simile pratica, e di valermi invece della giornaliera e temporaria introduzione della siringa.

Com' Ella può bene immaginare, dopo il risultato così felice ottenuto nella suaccennata donna, io non potei trattenermi dal ritentare gli esperimenti, quando me se ne offrirono le opportunità, che non mancaronmi per certo nella lunga ed estesa mia pratica. i quali mi corrisposero in quel modo che certamente non avrei potuto immaginare. Fra i diversi casi più importanti occorsimi, desidero fargliene noti due, che ebbi ad osservare non è molto nella mia Clinica.

Entrò nella medesima il 1. di Aprile del 1862, certa Palmieri Angela, nativa del Comune di S. Agostino, contadina di anni 28, la quale era da sette mesi tormentata dagl' incomodi di una fistola vescico-vaginale, susseguita a parto laborioso. Esaminata diligentemente questa donna, si trovò che la fistola corrispondeva al cul di sacco della vagina, il labbro anteriore dell' utero era quasi completamente scomparso, la fistola era di forma elittica, col suo maggior diametro lungo un centimetro e mezzo circa, in direzione trasversale, l' uretra era ristrettissima, e non permise, se non che con molto stento, l' introduzione in vescica di una sottile siringa di argento, colla quale vi si rinvenne un calcolo del volume di una piccola noce. Prima di passare alla cura della fistola, stabilii di estrarre il calcolo, ed a quest' uopo preferii la dilatazione immediata dell' uretra. Dopo 15 giorni, non essendovi controindicazione alcuna, cominciai la cauterizzazione nel solito modo col nitrato di argento, e la ripetei ogni tre o quattro giorni. Il 20 Luglio dello stesso anno la donna potè sortire dalla Clinica perfettamente e stabilmente guarita.

Nel Giugno 1864 fu pure accolta in Clinica certa Maria Bedosti, del Comune degli Alemanni, affetta da incontinenza d'orina. Era questa donna sposa da pochi mesi. Il marito m' avvertiva che tentando d' accoppiarsi, era obbligato di desistere perchè sentivasi dolorosamente pungere il pene. La donna non voleva dapprima lasciarsi esplorare, ma finalmente usando io delle dovute insistenze, cedette. Nello introdurre che feci

Belvederi Medico Chirurgo Primario a Castelfranco, Dott. *Giuseppe Crescimbeni* Medico Chirurgo Primario a S. Marino,

l'indice in vagina, mi accorsi subito che dentr' essa sporgevano per la lunghezza di oltre tre centimetri due punte ricuoperte in gran parte di sostanza calcare, sulle quali percorrendo col dito, manifestamente si rilevava, che dalla vagina penetravano fin entro alla vescica, e lungo le medesime filtravano continuamente le urine. Conobbi in allora, che quelle due punte erano costituite dalle estremità di una forchetta da capelli, che la donna confessò di essersi introdotta da più di un anno in vescica, per le contrazioni della quale, le punte stesse l' avevano perforata in un colla corrispondente parete vaginale, sulla quale forchettina depositata essendosi sostanza calcare, erasi così originato un grosso calcolo, la maggior parte del quale era rinchiuso in vescica, le sue minori porzioni sporgevano colle due estremità pungenti della forchettina in vagina. Rimasi alquanto indeciso intorno la via, cui dovea dare la preferenza, onde levare questo calcolo, in un coll' indicata forchettina che gli serviva di nucleo, ma per motivi diversi, che non occorre qui di ricordare, preferii di estrarlo per la via dell' uretra, facendone la dilatazione immediata. Passati alcuni giorni, e niun particolare fenomeno essendo insorto per la praticata operazione, incominciai la cauterizzazione delle due aperture fistolose superstiti. Una di esse cicatrizzò in poco più di un mese, l' altra non era per anche chiusa, quando la donna chiese di escire dallo Spedale, trovandosi in necessità di recarsi presso la propria famiglia. Pregato quindi da me il signor Dott. *Bajetti*, Medico Chirurgo, che mi aveva diretta l' inferma, a continuare nella cauterizzazione col nitrato d' argento, e colle medesime regole, prestossi egli molto volontieri a ciò, e così si ottenne alla fine del susseguente Dicembre la completa e stabile chiusura di questa seconda fistola.

Siccome però, stando anche all' esperienza mia propria, è reso manifesto che per ottenere la guarigione delle fistole vescico-vaginali mediante la cauterizzazione col nitrato d' argento, qualche volta occorrono non pochi mesi di cura, e molta pazienza e perseveranza per parte del chirurgo e della donna, ciò nullameno il suo impiego non essendo accompagnato da alcun pericolo, mentre la sutura fatta anche col processo del *Sims* può essere susseguita qualche volta da risultati funesti, ed in non pochi casi fallire, e così al contrario della sutura, avendo la cauterizzazione il vantaggio di permettere alle donne di continuare ad attendere alle proprie famigliari incombenze nel tempo della cura, e non richiedendo la

Dott. *Cesare Belluzzi* Medico Primario Ostetrico alla Maternità di Bologna.

Il *Lesi* fu il primo a spedirmi la storia di due casi di fistole vescico-vaginali guarite col cauterio attuale, che fu da lui adoperato in un modo suo proprio; le quali due storie, per la loro importanza, credo fare cosa molto utile di qui trascrivere.

„ Un bel dì, egli dice, fui chiamato a visitare la Geltrude Turrini (in una casa colonica poco distante da Civitella), che soffriva da molte ore grave doglie di parto, senza progresso del feto. Questa donna era piccola assai di statura, aveva figliato laboriosamente altre quattro volte, era innanzi negli anni ed a segno che già un' altra sua figliuola era morta per conseguenze remote di guasti occorsile nel partorire. Questi guasti, che io aveva potuto osservare negli ultimi giorni di sua vita, potevansi compendiare in una cloaca vagino-vescico-rettale. „

sua esecuzione molta perizia nell' operatore, anzi potendo essere la medesima praticata anche da quei chirurghi, i quali, specialmente nelle campagne, lascierebbero ben di frequente piuttosto soffrire quelle misere donne, di quello che esporsi a cimentare una tanto delicata ed ardua operazione, quale si è la sutura, così mi sento inclinato a dichiarare, che *sebbene la sutura praticata specialmente col processo del Sims, debba essere in generale preferita, quando la donna trovasi in condizioni da potersi prestare a questa operazione ed il Chirurgo abbia la necessaria abilità per eseguirla, in circostanze contrarie, ed allorquando la sutura abilmente ed anche ripetutamente eseguita, ha fallito, piuttostochè abbandonare le infelici malate alla loro triste sorte, si debba invece con perseveranza tentare di guarirle mercè la cauterizzazione all' uopo ripetuta.*

Augurandomi ch' Ella convenga nel mio avviso, mi pregio ripetermi

Bologna li 3 Aprile 1864

Suo Aff.mo Collega
F. Rizzoli.

„ Poco o nulla potei scoprire della storia di questo parto, senonchè fu artifiziale e laboriosissimo, e che subito dopo la malata perdette le urine e le materie fecali per la vagina, che ritrovai trasformata in un insuperabile seno fistoloso. „

„ La Geltrude (madre di questa) che io allora visitava, aveva continuo premito vescicale, ed esplorata che la ebbi, potei giudicare trattarsi di una posizione franca di vertice con inchiodamento, come dicono, sopra pubico; avrei sollecitato la espulsione del feto, se poche altre doglie incalzanti non me l'avessero resa inutile. Dieci giorni dopo, la malata si presentò in casa mia e mi disse che perdeva l'urina. Era troppo facile per me il diagnostico, e solo mi restava a stabilire la sede e l'estensione della fistola. Applicato lo speculo trivalve e sottratta la superiore, scorsi che da un foro quasi mediano, distante più di quattro centimetri dallo sbocco dell'uretra, del diametro di pochi millimetri, gemeva, ora a nappo ed ora a zampillo l'urina. La distanza dallo sbocco naturale e lo zampillare del getto, mi fecero diagnosticare di fistola (se fistola veramente dire si possa) del corpo della vescica senza tramite fralle pareti „

„ Ecco adunque una facile circostanza per tentare la cauterizzazione perifistolare, e confesso che a mano sospesa, temendo reazione della vescica, con un sottile specillo ricurvo e scaldato a violetto, passai intorno al foro e cessai. Nullo fu il dolore provato dalla paziente, nulla la reazione; e siccome in altre consecutive sedute (cui poneva l'intervallo di tre o quattro giorni) io non vedeva risultati sfavorevoli, presi coraggio per cauterizzare più generosamente con un largo bottone, manovrando collo speculo in un'area molto più larga e con un contatto più lungo. „

„ Quando rividi la Geltrude, era guarita e non perdeva più una goccia di urina; il gemito era cessato quasi subito, ed aveva dato luogo ad una sensazione di calore e di pienezza nella vagina che in breve erano svaniti. Oggi che

scrivo (1), cioè molti anni dopo il fatto, la guarigione si mantiene perfetta. „

„ Era lieto di questo risultato quando dopo circa due anni, l'Angiolina Capelli, figlia di una sorella della Geltrude, gravida a termine, mi fe' chiamare, perchè da un giorno travagliata per doglie senza che potesse partorire. „

„ L'Angiolina è di statura oltremodo piccola, grassa, rubiconda e sana: esplorata, presenta diametri sufficienti, e siccome è primipara e la testa non è ancora impegnata nella escavazione, consiglio riposo e pazienza: fra un giorno so che ha partorito, e fra dieci o dodici sono invitato a vederla perchè perde l'urina. „

„ Questa fatalità di famiglia mi colpì, ma le circostanze gentilizie e le stature bassissime delle tre di cui ho parlato, giovano a spiegare in parte il fenomeno: ma non è maggiore la meraviglia quando si sappia che ho operato tre volte consecutive, col rivolgimento per presentazioni di spalla, un'altra Zia dell' Angiolina e due volte una sua cugina; e queste erano donne di alta statura e perfettamente conformate. Perchè tante distocie fra consanguinee? „

„ Applicato lo speculo e sottratta la valvula superiore, quattro centimetri al di là del meato vidi una perdita di sostanza larga un centimetro e mezzo, di figura elissoide, cui aderiva ancora il turacciolo delle parti mortificate che cadde in breve incrostato di cristalli di urati. Introdotta una siringa da uomo per l'uretra, e rivoltone il becco inferiormente, trapassava tosto dissotto e quasi si cacciava da sè nella larga apertura, cui, posteriormente, un'altra di minori dimensioni esisteva e per la quale la siringa ugualmente passava. La vagina era tumidetta e la parete grossa, le labbra della lacerazione floride, ed io non volli dar campo al processo di anormale nutrizione che le avrebbe invase e passai tosto alla cauterizzazione col ferro rovente. Anche qui temei lo

(1) 15 Aprile 1864.

sviluppo di forte reazione ed alla prima seduta fui parco: come nell' altro caso aveva osservato, tollerabilissimo fu il dolore e nulla la reazione; dopo tre giorni vi applicai generosamente il cauterio e lo feci toccare molti punti (perchè farlo passeggiare è impossibile stante l' adesione che nasce istantanea fra la parte cauterizzata e lo strumento ustore) e ne ebbi il più brillante de' risultati, perchè da quel giorno, avendo l' inferma avvertito il solito cuocciore e la sensazione di pienezza della vagina, ella non perdette più stilla d' urina. „

„ Ecco adunque due fatti ben constatati di fistole vescico-vaginali guariti con la cauterizzazione attuale: io ne attribuisco il risultato al metodo usato, e cioè all' avere provocato una infiammazione nelle pareti vaginali circostanti la fistola, lasciandone stare i margini. Ambedue le pazienti accusarono, dietro la cauterizzazione conclusiva, una sensazione di calore e di pienezza nel tubo vaginale; l' Angiolina per di più ebbe qualche tenesmo vescicale; ciò accenna allo sviluppo di flogosi con intumidimento, ed io mi rappresento alla mente un trasudare di linfa plastica, un addossarsi delle pareti mucose, un aderire di queste fra loro, mentre i margini fistolari sono entrospinti nel cavo vescicale. „

„ Ma ben è raro che in pratica si abbiano fatti invulnerati di recente data, e per lo più i soccorsi dell' uomo dell' arte sono richiesti quando già in famiglia si sono esauriti altri espedienti, più o meno inutili e sempre nocivi, non fosse che per il tempo utile che fanno passare a detrimento delle labbra della soluzione: e quantunque ciò sia vero nella pluralità dei casi, e che s' incontrino circostanze locali ben diverse da quelle che io ho toccate, pure se si consideri che il modo di guarigione quale io lo veggo non ha rapporti coi bordi, che questi devono anzi subire, per il turgor vaginale, una entroflessione in cavità, e che l' adesione accade fra le pareti della vagina istessa, credo che il metodo che io ho adoperato con tanto vantaggio nelle lacerazioni recenti, sia

applicabilissimo anche alle antiche, serbando le autoplastie e le suture, praticate specialmente col metodo americano, quando la cauterizzazione abbia fallito, ed il metodo indiretto, per quelle circostanze fatali in cui il lungo disuso del viscere ulcerato ne ha cancellata la cavità. „

A queste istorie del *Lesi* faceva seguito circa due anni dopo una lettera del Dott. *Belvederi* a me pure diretta che del pari io qui trascrivo.

Castel Franco dell'Emilia li 21 Marzo 1866.

„ Allorchè soffermandosi Ella per poche ore in questo Castello ebbe la bontà di rivedere varii dei miei malati, fra i quali specialmente una sofferente di fistola vescico-vaginale, a cui pochi giorni prima, memore dei casi da Lei curati felicemente coi caustici, avevo applicato per la prima volta la cauterizzazione mercè il ferro rovente, Ella non solo approvò l'operato mio, ma insistette perchè io continuassi in questa cura, appoggiando le mie speranze di ottimo risultato, come infatti fu, per cui ora mi credo in obbligo di inviarle questi pochi cenni storici del caso in discorso. „

„ Luigia Martignoni nata Capelli, d'anni 37, di costituzione nervosa, dopo 15 mesi di matrimonio, in seguito di laboriosissimo parto, perchè impegnato per molto tempo il capo del feto col suo diametro maggiore nel diametro sacro-pubico, partorì un fanciullo nonimestre da qualche giorno già fatto cadavere. Trascorse alcune giornate di puerperio, cominciò a sentire fluire parte delle urine dalla vagina e non tardò molto che tutte escivano da questa. Appena la visitai conobbi trattarsi di una fistola vescico-vaginale piuttosto alta ed ampia, e quantunque la donna fosse molto intollerante della siringa applicata pel foro uretrale e fatta escire pel foro fistoloso in vagina, mi parve della dimensione di circa due centimetri. Fluendo i lochi regolarmente, credei bene per il

momento non azzardare alcuna cosa, e solo mi restrinsi alle frequenti lavature per la necessaria pulitezza della parte. Finito lo sgorgo dei lochi, e rinvigorita in modo da potere abbandonare il letto per l'intera giornata, avvisai fosse meglio raccomandarla ad uno Spedale, mentre trattavasi di una infelice priva affatto di tutto, e specialmente della necessaria assistenza; cosicchè entrato nel mio avviso lo stesso Onorevole Rappresentante del Municipio, anche per maggiore economia, si stabilì di traslocarla a Bologna ove fu accolta nello Spedale Maggiore. Rimase ivi in cura per il primo Semestre 1865, ove a suo detto le applicarono di spesso alla parte malata la pietra infernale: ma stanca non tanto della lunga cura, quanto della sì protratta lontananza dal suo paese, pregò e ripregò tanto che fu messa in libertà, e rimandata a Castelfranco. „

„ Varii giorni dopo esser tornata presso il marito, mi fece chiamare perchè io la visitassi, e le indicassi qualche cosa onde minorare, se non guarire, il suo malore. Oltre le interrogazioni che credei opportune, visitai la parte, e rilevai quanto segue: seguitava a perdere in copia l'urina per la fistola: la quale non potevo dire se per mancanza di pulizia, o per le sue chimiche proprietà, aveva prodotte penosissime ulcerazioni in tutta la vagina, sì dolenti da non permettere nemmeno l'intromissione del mio dito; quindi impossibile l'usare per allora dello speculo. Iniezioni, lavande, diluenti, mucillagginose, codiluvii a cinque o sei il giorno, unzioni continue con pomate semplici, fecero sì che solo dopo due mesi potei assicurarmi che la vagina era totalmente guarita, abbenchè sortisse sempre da questa una gran parte delle urine. Allora pensai fra me al da farsi: mentre era veramente singolare che anche dopo tanto minoramento di male, continuasse l'intolleranza in vagina delle sole mie dita. Per questo mi determinai di usare un mezzo energico, molto più della pietra, e di agire per modo che io dovessi ben di rado andare attorno a quelle parti. Che meglio del caustico

attuale? a ciò m'invitavano: la potenza di questo mezzo; gli ottimi risultati avuti mercè il medesimo in altre forme di croniche morbosità; ed i buoni effetti raccontati in casi al mio analoghi dall'ottimo collega ed amico Dottor *Lesi*. Cosicchè nel mentre facevo arroventare un bottone rotondo comune, non avendo al momento altro ferro adatto, e che meglio agisse secondo le mie intenzioni, come più oltre dirò, insinuai la siringa nel foro uretrale per istabilire bene, mercè il mio dito posto in vagina, la sede del foro fistoloso che trovai molto ristretto da quando visitai la donna poco dopo il parto; locchè doveva essere stato effetto delle replicate cauterizzazioni fatte col caustico potenziale: tale però da permettere che il becco della siringa vi penetrasse liberamente; per cui l'apertura si sarebbe detta della ampiezza di presso che un centimetro. Tentai poscia l'introduzione dello speculo quadrivalve del *Fabbri*, siccome il più piccolo che mi possedessi, ma non la potei effettuare fino a tanto che non ebbi levata del tutto la siringa. Intromesso allora molto stentatamente lo speculo, e scoperta ben bene l' apertura fistolosa, che mostrava molta callosità ai bordi, applicai di subito il bottone rovente, cercando di agire solo sui bordi, non volendo insinuarlo possibilmente nel centro dell'apertura per non arrecare danni alla vescica: ma per quanto spedito andassi, e con fermo polso, le smanie ed i movimenti della donna, la forma rotonda del ferro, fecero sì che mi scivolasse anche contro la parte che io voleva rispettata; e diffatti seguì a questa prima ambustione, come avevo temuto, un certo grado di cistite che mi obbligò per altri due mesi a non poter riapplicare il fuoco. Dopo però questa ambustione le urine fluivano quasi tutte dal foro uretrale, e solo a quando a quando dalla vagina in poca copia. Svaniti tutti i sintomi della flogosi, pensai a ripetere la cauterizzazione: ciò succedeva sui primi del Novembre successivo. Coll'intendimento però di evitare i fenomeni morbosi sviluppatisi la prima volta, mi feci preparare un ferro a bottone, anzichè

rotondo di forma cubica, piatto cioè in tutte le sue faccie, e gli diedi la forma di cubo perchè trattenesse viemmeglio il calore; le dimensioni del cubo erano di un centimetro. Col medesimo potei applicare ai bordi l'ustione senza recare alcun danno ad altre parti; e diffatti questa volta non risentì la donna i fenomeni morbosi prima provati; e non emise, come prima, le urine rosse, o sanguinolente: anzi dopo pochi giorni da questa seconda applicazione non perdette più urina dalla vagina. Scorsi altri due mesi, a riprese la visitai, nè mai mi fu dato osservare che gemesse in vagina alcuna goccia d'urina. La rivisitai pure colla siringa, e mediante il mio dito e lo speculo introdotto in vagina, nel qual modo potei conoscere la già avvenuta cicatrizzazione: ma la sottigliezza del tessuto nel punto centrale della cicatrice, la persistenza della durezza nei punti corrispondenti ai bordi, mi decisero a replicare per la terza volta, a maggiore sicurezza, l'applicazione del fuoco col mio bottone a cubo, da cui si ottenne la formazione di così forte e stabile cicatrice da rimanere la donna perfettamente guarita di sì incomodo malore.

Faceva seguito al Dott. *Belvederi* il Dott. *Crescimbeni*, spedendomi da San Marino una sua lettera in data 23 Giugno 1866, ed accompagnandola colla seguente istoria.

„ La sera del 28 Ottobre ultimo passato, veniva chiamato in fretta per assistere certa Maria Stivani, che mi si diceva in travaglio di parto. Recatomi alla casa della medesima, posta in Funo, trovo una donna sul quarantunesimo anno di età, di non troppo buona costituzione, madre di altri sei figliuoli, partoriti felicemente, giornaliera di condizione, la quale era realmente in soprapparto. La Mammana mi asseriva, che le acque erano scolate sino dalla mattina, che si presentava la testa; ma lo sgravio non progrediva regolarmente per mancanza di doglie. Fatto anch'io il riscontro vaginale ritrovavo la testa impegnata nell'escavazione. la quale mi sembrava alquanto voluminosa, col vertice in

prima posizione. Non essendovi alcun sintomo imponente feci animo alla donna, e trovato che il polso era teso, la calorificazione aumentata, congiunta a cefalea, stimai opportuno di praticare un salasso, onde vedere se si fossero risvegliate forze uterine, ed il parto effettuato naturalmente. Farò notare, che era stata propinata la segala cornuta alcune ore prima. Con tutto ciò, sebbene fossero passate due ore dacchè io stava presso la paziente, le cose non cambiavano. Perdute le speranze che il parto potesse da sè effettuarsi, credetti venuto il momento dell'applicazione del forcipe per supplire all'inerzia in cui era caduto l'utero, per provvedere alla estenuazione da cui era stata soprappresa la donna e salvare se fosse stato possibile il feto. L'applicazione dell'istrumento fu abbastanza facile, e dirò anche la estrazione della testa, se si eccettui, che le trazioni bisognò farle con alquanto di forza, giacchè la testa era veramente voluminosa, e corrispondeva ad un feto molto sviluppato. Tanto è vero che portata fuori dalla vulva la testa, non le tenne dietro il resto del corpo, come per solito suole accadere. Anzi abbandonato lo strumento, e lasciata un pò di tregua alla paziente, dovetti colla mano una alla volta disimpegnare le braccia, e così terminare con qualche stento la totale estrazione del feto, il quale dopo un travaglio sì lungo, non diede segni di vita. Il puerperio da principio corse abbastanza regolare. Alla 4.ª giornata comparve la febbre, che ritenni del latte, e vi si aggiunse un'inaspettata iscuria, la quale dovetti togliere col catetere. Questo fenomeno mi fece sospettare di qualche altro processo morboso. Infatti passati alcuni giorni, la febbre continuava, e riscontrai la vulva e la vagina tumefatte e dolenti. Non tardò a manifestarsi quel particolare odore che è indizio di mortificazione, e diffatti scopersi che si formava in vagina un'escara gangrenosa. Mantenuta in gran pulizia la donna e bagnata col decotto di china la parte, procurava di limitarne il guasto, quando alla 16.ª giornata dall'operazione la puerpera m'accusa che le urine scolano

del continuo involontarie. Allora intendo il disordine a cui si va incontro. Alla 20.ª giornata cade l'escara, e trovo già stabilita una apertura vescico-vaginale, per la quale ben tosto venni a Lei, e lasciato passare il tempo del puerperio cominciai la cura, ch' Ella ebbe la bontà di suggerirmi. Messa la donna sui cubiti e sulle ginocchia, introdussi in vagina lo speculo bivalve, e divaricatolo convenientemente potei subito coll' occhio dominare la fistola, la quale distava dall' arco del pube centimetri 4. Era di forma oblunga in direzione trasversale, e dell' estensione di centimetri 2 abbondanti, per cui vi entrava comodamente la punta del mio dito indice. Con tutta facilità mediante il porta pietra curvo mi fu dato di poterne cauterizzare allo intorno i bordi senza alcuna molestia per parte della donna. Tale operazione io ripeteva due o tre volte la settimana. A dir vero erano passati quasi due mesi, e non si vedeva il desiderato effetto. L' inferma disperava, ed io rimaneva dubbioso sul felice risultato. Mi stavano però impresse nella mente le parole da Lei pronunciate, fondate su lunga ed estesa pratica, che in alcuni casi di molto ritarda la guarigione, che per ciò non bisogna disperare. Questo mi bastava perchè io insistessi fiducioso nelle ripetute cauterizzazioni, le quali poi portarono un graduato miglioramento, e con mia grande soddisfazione, e contento della Stivani, dopo 8 mesi di non interrotta cura, la completa e perfetta guarigione, senza che una sola goccia di urina più scoli involontaria. Ritengo poi, che sarebbesi ottenuto più presto la chiusura della fistola se la donna avesse potuto usare maggiori riguardi. Pei bisogni della sua povera e numerosa famiglia era costretta a stare in piedi quasi del continuo, alzare pesi, fare il bucato ecc. Chiuderò la narrativa di questo fatto notandole una circostanza la quale mi sembra di qualche valore: la donna nell' emettere le urine è costretta a premere con qualche forza. „

Finalmente riporterò qui una storia a me pure trasmessa dal Chiariss. Dott. *Belluzzi* relativa ad una fistola vescico-vaginale ampia, guarita anch'essa colla causticazione.

„ Carlotta Galletti d'anni 27, abitante a Castel Maggiore (a 12 Kilom. da Bologna) molto robusta e senza traccia di rachitismo, il mattino del 22 Gennaio 1866 fu presa dalle doglie del parto essendo giunta al termine della sua prima gravidanza. La levatrice che l'assisteva trovò una presentazione del vertice, e nella sera essendo la bocca dell'utero completamente dilatata e le contrazioni uterine frequenti e sostenute, ruppe la borsa delle acque, che disse aver trovata alquanto resistente. Alcune ore dopo la testa discese nell'escavazione, ma non potè più oltre progredire per sproporzione fra il suo volume e quello della pelvi materna, che sembrava alquanto ristretta nel diametro trasversale. „

„ Chiamato il giorno dopo il medico condotto sig. dott. *Nadalini*, soccorse la donna con alcuni mezzi indiretti che a nulla valsero, e rivedutala nel mattino seguente in eguali condizioni si portò a Bologna invitandomi a recarmi seco lui per visitarla. „

„ Non potendo io in quel giorno per motivi gravissimi allontanarmi da Bologna, lo diressi all'amico Dott. *Pilla*, il quale accorse, e nelle 9 ant. era presso la partoriente col medico curante. „

„ Verificò trattarsi di presentazione del vertice, e non trovando apparente deformità nella pelvi tentò dapprima l'applicazione del forcipe, ma vedendo che le trazioni fatte col medesimo non giovavano a fare avanzare il capo, praticò la craniotomia, essendo indubitamente morto il feto; ne tentò quindi la estrazione col forcipe stesso, ma siccome lasciò la presa, abbandononne la espulsione a natura perchè non mancavano allora le contrazioni uterine. La donna diffatto alle ore 11 $^3/_4$ ant. si sbarazzò di un feto a termine, di sesso femminino, tutto ben conformato e proporzionato. „

„ Il 7 Febbraio fummo avvertiti che la donna perdeva le urine continuamente; perciò nel giorno dopo io mi portai a visitarla. Seppi che per alcune giornate si erano staccati dalla vagina della puerpera varii tratti di membrane nere dopo di che la donna lungi dal bisogno della siringazione non poteva più trattenere le urine. Essa non avea febbre continua, ma da 2 giorni nelle ore pomeridiane era presa da freddo; l'utero fu riscontrato alquanto dolente. Visitandola anche colla siringa trovai una fistola vescico-vaginale piuttosto ampia. „

„ Fatte alcune prescrizioni acconcie al bisogno, consigliai che la medesima si recasse a Bologna, rimessa che fosse alquanto in forze e allorquando rimanesse solo la nominata fistola. „

„ Ciò avvenne il 13 Marzo. La donna perdeva quasi continuamente le urine, però ne poteva trattenere alcun poco massime in posizione supina. „

„ Visitata in posizione prona, facendola poggiare sulle ginocchia, si vedeva una larga apertura nella vagina che penetrava nella vescica urinaria, distante un pollice circa dal meato urinario, e alquanto a destra dello spettatore: ammetteva comodamente l'apice del dito indice, però l'apertura era foggiata a guisa di imbuto coll'apice rivolto verso la vescica; con che si spiegava perchè la vescica potesse contenere un poco di urina. „

„ Mi determinai alle cauterizzazioni col nitrato d'argento fuso, ma dopo di esse non avendo ottenuto notevole risultato, pregai Lei di visitarla per sentire se credeva probabile la guarigione di quella fistola con tale cura, perchè in caso contrario non avrei voluto far perdere alla donna del tempo inutilmente. Ella giudicò non impossibile la guarigione della fistola anche colla cauterizzazione col nitrato d'argento fuso, tuttavia in vista della sua ampiezza, per sollecitarne l'obliterazione stimò più acconcia la cauterizzazione col ferro rovente ripetuta se occorreva anche più volte. „

„ Sul cominciare di Aprile fu fatta la prima cauterizzazione con un ferro che presentava una superficie piana e del quale segno i contorni . Dopo alcuni giorni il foro fistoloso sembrava molto aumentato, ma in breve si restrinse sensibilmente in modo che la donna potè trattenere l'urina quasi totalmente, ed escire di casa per un po' di tempo senza perderne di sorta. Alla metà di Maggio il foro era però anche visibile e fu adoperata la pietra infernale. Il 18 Maggio fu fatta una seconda cauterizzazione col cauterio attuale. Li 11 Giugno si adoperò il nitrato d'argento, che fu riapplicato il 15, quindi una o due altre volte entro il mese di Giugno stesso, dopo delle quali la donna non perdè più urina e si mostrò guarita.

„ Prima che essa lasciasse Bologna, e cioè l'undici Luglio, feci l'ultima visita. Tenendo la donna supina alla sponda del letto, nell'ingresso della vagina e inferiormente si trovava una briglia tesa della forma di mezza luna . La vagina poi si allargava un poco, ma era più breve dell'ordinario: il collo dell'utero si sentiva frastagliato, con un solco nel mezzo del labbro anteriore, e non vi si girava bene attorno, la bocca uterina era molto ristretta. Visitandola prona, al luogo della fistola la mucosa vedevasi alquanto colorata e si approfondava come sarebbe un imbuto. Il collo uterino si domivana abbastanza. „

„ Tale disposizione della vagina, e specialmente la ristrettezza al suo ingresso avrebbero forse reso difficile qualunque metodo cruento, mentre poi il cauterio riescì benissimo a guarire questa donna radicalmente. „

„ Ricorderò infine che fu scelto il ferro per la cauterizzazione della forma che ho accennato, perchè colla sua superficie piana si potevano cauterizzare i contorni della fistola dal lato della vagina, senza alcun pericolo di offendere la vescica, come vi sarebbe stato adoperando un ferro olivale ordinario.

„ Ai primi dell'Agosto successivo la donna recatasi a Bologna potemmo constatare che la guarigione della fistola vescico-vaginale era assicurata, e nel Luglio ora trascorso ne abbiamo avuta sicura conferma mediante nuovi esami sulla medesima istituiti. „

Se questi ed altri non pochi favorevoli risultati valgono per certo a fare sempre più spiccare il valore della causticazione nella cura di varie fistole vagino-vescicali, nondimeno egli è certo che poco o nulla potrebbesi della medesima giovare quando molt'ampia fosse la morbosa apertura che chiudere si volesse; nel qual caso converrà invece ricorrere alla sutura, serbando i caustici per chiudere del tutto quelle aperture fistolose che soltanto parzialmente si fossero obliterate mercè la sutura stessa.

In alcune misere donne però queste risorse potrebbero essere insufficienti, od inapplicabili, e cioè quando il guasto avvenuto nella vagina e nella vescica mostrasi enorme; ma anche allorchè fatalmente ciò avvenga non è per questo a disperare di potere soccorrere la paziente, avvegnachè la moderna chirurgia dà luogo ad esperimentare qualche altro utile ripiego.

Il *Vidal* sino dall'anno 1832 (1) proposta avea in simili casi la obliterazione dell'osculo vaginale per formare della vescica e della vagina un' unica cavità che contenesse le urine; le quali sole, od unite al muco, od al sangue mestruo venissero emesse volontariamente per la via dell'uretra. Questa operazione per altro trovò molti oppositori, tanto più perchè tentata in Francia ebbe un esito infausto; motivo per cui, stando a quanto asserisce il *Malgaigne* (2), lo stesso *Vidal* di poi avea esso pure dubitato della possibilità di ottenere per tal modo un buon risultato. È bene però si sappia che in Alle-

(1) Trattato di Patologia esterna, e Medicina operatoria. Livorno 1850.

(2) Manuel de Médecine opératoire. Paris 1861 pag. 778.

magna non si ebbe sì avversa fortuna; e diffatti il *Simon* di Darmstadt, dopo avere in diverso tempo in sei donne cruentato il contorno della vagina per 2 o 3 centimetri in altezza, e riunita la parete inferiore della medesima alla anteriore con 6 o 7 punti di sutura, posti a un centimetro e mezzo di distanza l'uno dall'altro, sebbene non ottenesse giammai una riunione completa, nondimeno riuscì poscia ad obliterare le piccole aperture superstiti, o colla cauterizzazione, o ripetendo la cruentazione e la sutura, e ciò avvenne senza che la ritenzione dell'urina in vagina inducesse l'infiammazione, o la formazione di calcoli. Due volte soltanto si ebbe catarro vescicale che scomparve in alcune settimane.

Lo stesso *Simon* ha potuto di tratto in tratto osservare due di queste operate nel periodo di due anni; elleno stavano benissimo, ed in esse l'urina mantenevasi chiara infuori dell'epoca mestruale. I signori *Wernher* e *Roser* pare abbiano essi pure ottenuto un favorevole successo (1).

Ma malauguratamente anche coll'obliterazione dell'osculo vaginale non si sarebbe potuto cogliere buon frutto nella donna che a me ricorse, in causa del guasto in lei formatosi, e che rendo ora noto.

Nomavasi questa giovane sposa Maria Frabetti Melonari, era nativa di Castel Guelfo, di ottima costituzione, avea partorito in modo felice per ben cinque volte. Rimasta gravida per la sesta, giunta che fu la gestazione al suo termine presentatosi il travaglio del parto e non potendosi ottenere la espulsione del feto, dovette sottoporsi a grave Ostetrica operazione, la quale fu eseguita il 16 Dicembre 1864.

Da quel giorno in poi la donna cominciò a perdere senza avvedersene l'urina, la quale non tardò a produrre nelle parti esterne generative, nella cute delle coscie e delle natiche quelle irritazioni, quelle abrasioni, quei mali che non

(1) *Malgaigne*. Manuel de Médecine Opératoire. Paris 1861.

sogliono in simili circostanze mancare. La paziente intanto erasi stremata di forze, avea una sete inestinguibile, doloroso anzi insopportabile rendevasi in lei l'accoppiamento. Non trovando Ella alcun ristoro ai suoi mali, sul finire dell'Agosto 1865 si condusse a me acciocchè la osservassi, disposta a sottomettersi a quei tentativi che con qualche probabilità potessero toglierla da sì penoso e temibile stato. Visitatala in piedi e fattile divaricare alquanto gli arti inferiori, rinvenni diffatti la vulva, le coscie, le natiche molto malconcie, e vidi sporgere dalla vulva un corpo membranoso del volume d'un uovo di gallina la di cui visibile superficie avea i caratteri di membrana mucosa, per cui avresti a prima giunta detto essere formato della parete anteriore della vagina prolassata. Coricata in letto la donna, quella tumidezza alquanto scemava, e spingendola con un dito in alto rientrava liberamente nella pelvi ove sentivasi un ampio cavo a pareti membranose, dalla sommità delle quali pendeva un piccolo corpicciuolo conico perforato nel suo apice rivolto in basso, che facevasi riconoscere pel collo uterino atrofizzato. Esaminate più attentamente le parti esterne, vedevasi il vestibolo molto allungato, ed il meato urinario esterno abbassato. Introdotto nel medesimo il becco di una siringa da donna vi penetrava senza ostacolo alcuno, ma percorsi appena pochi millimetri, tosto il becco compariva a nudo in vagina, distrutto essendo il canale ed il setto uretro-vaginale. Esaminata allora nuovamente col dito la vagina, ed osservatala pure collo specolo, vedevasi ancora che quasi tutta la sua parete anteriore, tanto in lunghezza quanto in larghezza, mancava in un colla corrispondente parete vescicale, e manifestamente notavasi che la superstite parete anteriore della vescica era quella che non trovando ostacolo alcuno scendeva in vagina e sporgeva allo esterno della abrasa vulva, formando così quella tumidezza che simulava un prolasso vaginale. Anche la mucosa vescicale avendo subìto non piccole organiche offese pel soffregamento delle coscie e dei tessuti coi quali si

trovava a contatto cagionava pure alla donna vivi dolori, pei quali poi non potea più prestarsi all'accoppiamento, e neppure premunirsi di una borsa portatile per raccogliere le urine.

Constatato tuttociò anche dai miei Onorevolissimi Colleghi *Belluzzi*, *Pilla*, *Romei*, *Verardini*, che meco visitarono la paziente, riusciva facile l'avvedersi che le risorse chirurgiche superiormente ricordate erano in lei inapplicabili, o tali da non ispirare fondata fiducia di ottenere buon frutto.

Guasti di questo genere sono per fortuna ben rari, ed io non ne ricordo che uno anche più grave quale si fu quello ben singolare di cui tenni parola nell'antecedente memoria, e nel quale il guasto avvenuto nella uretra, nella vescica, e nel retto intestino fu conseguenza della pressione esercitata da un enorme polipo uterino nascosto in gran parte in vagina, ed in parte pendente fuori della vulva.

Nella inferma adunque di cui antecedentemente ragionava era facile l'avvedersi, come già accennai, che nella medesima non potea essere conveniente il tentare la obliterazione dell'osculo vaginale affine d'impedire il prolasso della vescica e nel tempo stesso lasciare campo alle urine di raccogliersi in vagina, avvegnachè quand'anche si fosse chiuso l'ingresso della vagina, le urine non avrebbero potuto soffermarvisi, ma sarebbero di continuo escite dal meato urinario a motivo della distruzione avvenuta non solo nella vescica, ma altresì nel canale dell'uretra. Per questo, fatta considerazione che mentre la superstite e prolassata parete vescicale era intollerante di qualsivoglia mezzo meccanico il quale valesse a contenerla entro la pelvi, poteva poi rimanendo scoperta, finire per guastarsi in una maniera irrimediabile; e rammentando che nella paziente era insopportabile qualunque congegno valevole a raccogliere le urine, e qualsiasi tentativo di accoppiamento atteso l'insoffribile dolore che essa provava, mi decisi, colla speranza di potere cogliere miglior

frutto, di attenermi al partito, non già di chiudere l'osculo vaginale, ma di obliterare pressochè del tutto la vulva.

Riunite infatti che fossero a tutta spessezza stabilmente le grandi labbra fra loro (e ciò si sarebbe per certo ottenuto più facilmente, di quello che tentando di agglutinare insieme soltanto gli orli dell'osculo vaginale come consigliava il *Vidal*) e lasciato in corrispondenza della commessura superiore solamente un piccolo pertugio, non solo si sarebbe impedito il prolasso della vescica, ma venivasi così a formare un nuovo canale uretrale nel tratto superiore della vulva, la di cui esterna apertura era costituita dal pertugio lasciato in corrispondenza della commessura superiore stessa, la parete anteriore era somministrata dal tratto ad esso sottostante di grandi labbra riunite, la parete posteriore dal vestibolo, il quale canale avrebbe perciò potuto permettere la libera escita delle urine che andavansi raccogliendo nel gran cavo formato dalla vagina e dalla superstite anteriore parete della vescica. Ma siccome questo canale quantunque fosse diretto dal basso all'alto pur tuttavia mancando di sfintere non avrebbe potuto senz'altro aiuto impedire con sicurezza delle urine la involontaria escita, così a questo difetto intendeva sopperire con adatto bracchiere, col quale venisse esercitata tale pressione sulla anteriore parete di esso canale, da porla a stretto contatto colla posteriore ossia col vestibolo, e da costringere perciò l'urina a soffermarsi nella nuova cavità in cui andavasi man mano accumulando; e se il bracchiere non avesse giovato, in allora mi proponeva di chiudere lo sbocco del canale mercè una pinzettina a pressione continua che stringesse, come farebbero due dita, le grandi labbra nel tratto corrispondente al pertugio stesso (1).

(1) In una donna ricoverata nello Spedale Provinciale, nella quale notavasi una vasta apertura vescico-vaginale, per obliterarla feci costruire dai fratelli Lollini un otturatore metallico avente la forma di un gran bottone da camicia, simile a quello molto più piccolo che proponeva il

Ritenuta quindi da me, e dai miei suindicati Onorevoli Colleghi, la proposta operazione giustificabile, la mattina del 2 Settembre 1865 collocata la donna supina su di un tavolo munito di materasso, tenute le sue coscie rialzate e divaricate, dopo avere introdotta entro la pelvi la parete vescicale prolassata, lasciando intatto il piccolissimo orlo della commessura superiore, cruentai tutta la superficie interna del gran labbro sinistro, poscia quella del destro, comprendendo nella cruentazione il perineo nel tratto in cui pei pregressi parti era rimasto lacerato. Indi cessato completamente lo sgorgo del sangue, che fu mite, riunii mediante quattro punti di sutura clavata strettamente e profondamente le grandi labbra, adottando in ciò fare le norme a cui mi attengo eseguendo il mio processo di perineo-cheilorafia per la cura delle procidenze della matrice (1), e guardando bene di lasciar soltanto un angustissimo spiraglio in corrispondenza della indicata commessura superiore, acciocchè servisse, a suo tempo, da solo alla emissione delle urine, ed intanto permettesse la introduzione di una siringa in vagina, la quale le evacuasse in modo da non disturbare la riunione delle grandi labbra. E siccome la mia siringa doveva pescare

Dupuytren per la cura della ranula, con questo però che nel mio non eravi alcun pertugio. Ma per mala sorte nel volerlo collocare al suo posto mi sfuggì in vescica dalla quale dovetti estrarlo con delle pinzette da pietra. La donna non si volle più sottoporre allo esperimento, per cui non potei conoscerne l'efficacia, la quale è stata ora dimostrata dal valentissimo dott. *Corradi* assistente alla Clinica Chirurgica di Firenze. Il *Corradi* infatti in una sua recente Memoria pubblicata nell'Imparziale di Firenze, senza che menomamente conoscesse ciò che era da me stato fatto, racconta che in un caso di fistola vescico-vaginale ribelle alla sutura, ottenne un risultato il più felice ed insperato, e cioè la guarigione della fistola chiudendo la morbosa apertura con un otturatore quantunque molto più piccolo, ma simile al mio, che egli poi curò di perfezionare in ingegnose maniere.

(1) Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna 1862.

profondamente in vagina affine di meglio espellerle, così piuttosto che valermi di quella del *Sims,* che sarebbe stata troppo corta, ne feci costruire una parecchi centimetri più lunga, bucata ampiamente in tutto il tratto che doveva rimanere nascosta in vagina, avente essa pure la forma di S ma molto più pronunziata, ed a similitudine di quella che venne fino in antico consigliata pei maschi e descritta da *Galeno,* non che rinvenuta negli scavi di *Ercolano* e di *Pompei* (1) la quale del tutto abbandonata, come altrove dissi, fu richiamata in onore dal *Petit*, e di recente dal chiarissimo prof. *Fabbri.* Applicato poi sulle pudende l'apparecchio da medicatura, vi fissai la siringa, e dopo ciò feci porre la donna nel suo letto. Nella notte fu alquanto addolorata, sul mattino successivo prese sonno, in seguito rimase sempre tranquilla, non ebbe mai febbre. Nel terzo giorno fu rallentato il punto superiore, perchè strozzava i tessuti, gli altri tre punti furono tolti il giorno 7 del mese istesso. Si lasciò in posto il primo per impedire il riaprimento della ferita, e sostenere meglio la siringa metallica lasciata a permanenza. Nel giorno successivo però essendosi trovata sodamente riunita la ferita, venne tolto anche l'ultimo punto e levata del tutto la siringa. Dopo di ciò mi accorsi che a sinistra la prima inferiore puntura, fatta nello insinuare l'ago di cui mi era valso per eseguire la sutura, lasciava stillare alcune goccioline di urina.

In quel giorno stesso cominciò a fluire dal pertugio lasciato nella commessura superiore del sangue misto alle urine. In seguito si videro invece miste a catarro, che a poco a poco diminuì per cessare poscia del tutto. Saldate che furono fortemente e profondamente fra loro le grandi labbra, si permise alla donna di alzarsi dal letto, ed allora rimanendo seduta colle coscie accostate poteva trattenere senza bagnarsi

(1) *Vulpes Benedetto*, Illustrazione di tutti gli strumenti chirurgici scavati in *Ercolano*, e in *Pompei*. Napoli 1847.

per due, tre, ed anche quattro ore le urine, che poi evacuava rizzandosi in piedi, appena ne sentiva il bisogno. Queste erano raccolte in un vaso ordinario con tutta facilità, escendo le medesime dal pertugio lasciato a bella posta superiormente con impeto, e con un getto pressochè simile al naturale. Rimanendo però a lungo in piedi, le urine escivano a brevi intervalli dal pertugio stesso, quindi, come già mi era proposto, volli togliere questo sconcio. E ciò mi riescì facile, la mercè di un semplicissimo apparecchio. Ad una striscia, di cuoio stretta e fissata attorno la pelvi, ne unii un'altra che fermai nel suo mezzo posteriormente ad angolo retto, la quale poi scendendo in basso poteva essere portata davanti contro la vulva e fissata più in su ed anteriormente nella stessa striscia circolare. Adattato avendo nel tratto di striscia che corrispondeva alla vulva un grosso cuscinetto simile a quelli che si usano per contenere i prolassi di utero, le riunite grandi labbra nel loro tratto superiore potevano così esercitare tale pressione contro il vestibolo da non lasciare sfuggire menomamente le urine, di guisa che la donna premunita che fosse di questo semplice bracchiere, poteva attendere non solo alle famigliari incombenze, ma lavorare nel campo senza rimanere da quell'umore bagnata. Questo apparecchio era pure sufficiente perchè non istillasse neppure una goccia di urina dall'altro pertugio che dissi rimasto a sinistra nella cute delle grandi labbra in un punto perforato da un ago, e che quantunque da me ripetutamente cauterizzato col nitrato d'argento, non erasi potuto obliterare. Ma sebbene il medesimo sembrasse non meritare perciò particolare considerazione, era invece per me di non lieve imbarazzo, non permettendomi di sostituire almeno ad intervalli al bracchiere un congegnino capace di chiudere il foro destinato a dare sfogo, a tempo debito, alle urine, senza che se ne potesse temere la escita involontaria dall'altro. Per ovviare a questo inconveniente mi decisi di cauterizzare l'orlo dell'improprio forellino colla estremità di uno specillo arroventato.

nel qual modo tenendo altresì a dimora la siringa in vagina insinuatavi mediante lo spiraglio superiore, quel forellino si chiuse per non riaprirsi mai più. Dopo di ciò, con una pinzettina a pressione continua abbracciante il tratto superiore delle grandi labbra, la donna potè tenere chiuso a volontà lo spiraglio che era destinato da solo a dare sfogo alle urine.

Ora sono già trascorsi quasi quattro anni dalla eseguita operazione, mediante la quale si è ottenuto un risultato che per certo non poteasi bramare migliore. La donna ha riacquistato il bel colore delle sue carni, è bene nutrita, ed è piena di vigorìa; tolta la pressione esercitata dal bracchiere, o dalle mollette, le urine vengono emesse a piacimento, e continuano a scorrere lungo l'artificiale canale uretrale con quell'impeto e con quel getto che può dirsi pressochè naturale, e ciò garantisce dal pericolo della formazione di qualche deposito calcare (1); di più le urine sono limpide e non contengono muco. Il collo dell'utero per nulla si risente del loro contatto, e lo stesso avviene della vagina. Mancano di presente ancora i catameni, in loro vece la donna va perdendo del sangue dal naso; se si ripristinerà questa funzione, il sangue escirà misto alle urine. Infine la parete di vescica superstite non essendo più prolassata, ma mantenendosi entro la pelvi, concorre ad aumentare il recipiente che serve

(1) Nelle varie volte che questa donna, recandosi a Bologna dietro mio invito, si è portata da me onde farsi visitare, ho voluto constatare se oltre i vantaggi ottenuti erasi realmente evitato il deposito in vagina di sostanza calcare, o la formazione in essa anche di piccoli calcoli. Per rendermene maggiormente sicuro ho data la preferenza alla mia sonda d'acciaio da uomo non cava, ma massiccia, ed esploratrice dei calcoli della vescica. Questa sonda un pochino ricurva alla sua estremità vescicale come lo è la siringa da donna, all'altra estremità, presenta invece un manico del pari d'acciaio. Simile sonda appunto perchè così costrutta a preferenza di qualunque altra fa sentire la risonanza persino dei più piccoli calcoli. Ma anche colla medesima, nella mia operata ne ho potuto affatto escludere le più che piccole traccie. Questa sonda è rappresentata nella fig. 1.ª della tavola 23 ed ultima di queste memorie.

a contenere e ad espellere le urine. Tutti questi beni compensano largamente l'operata del sacrifizio che ella deve fare di non congiungersi col marito, cui d'altronde, come dissi, anche prima dell'operazione in causa del guasto avvenuto nelle sue parti generative e nell'otre urinoso non le era dato di sottomettersi, sia per gl'insopportabili atroci dolori che ne risentiva, sia pei pericoli cui, tentandolo, trovavasi esposta.

Indicherò ora la storia di un'ampia fistola vescico-vaginale da me guarita, colla cauterizzazione coadiuvata dalla statica e redatta dal distintissimo sig. dott. *Antonio Giovanini* Medico-Chirurgico Assistente allo Spedale Maggiore.

L'onorevole sig. dott. *Giovanni Pilla* nel fascicolo di Gennaio, anno 1868, del Bullettino delle Scienze Mediche dando conto dell'importantissima memoria dell'illustre Prof. *Scipione Giordano* intitolata — della perdita involontaria d'orina per fistola genito-orinaria —, rese noto che il Prof. *Rizzoli* convinto dei vantaggi che potevansi ritrarre dalla cura statica proposta dallo stesso Prof. *Giordano* in simile penosa malattia, la esperimentava con manifesto vantaggio in una donna sottoposta da lui alla causticazione della fistola. Ora che l'inferma trovasi in ottime condizioni, a vantaggio della scienza pratica mi determino ad esporne la storia.

Era il giorno 2 Dicembre 1867 quando la Gulinelli Maria, giovane sposa di 20 anni, bottegaia, chiese e fu ammessa in questo Spedale Maggiore. Al solo vederla aveva l'impronta di una donna sofferente, a dirigerle la parola ben presto dava a conoscere il suo abbattimento morale, cagionato dalla convinzione che non sarebbe guarita. Ma dopo alcune parole lusinghiere fattasi fiduciosa ed invitata a narrare esattamente il suo passato, essa riferì: che di malattie di entità non ne aveva mai avute; a diciassette anni si era fatta sposa, e dopo due anni era rimasta incinta; la gravidanza decorse regolarmente, ma alla fine dei nove mesi e cioè su gli ultimi di Settembre 1867 manifestatesi le doglie del parto, scolate le acque non per questo effettuavasi, che anzi incalzando più forti i dolori solo dopo tre giorni era stato chiamato un ostetrico, il quale riconosciuta una presentazione del capo, applicò il forcipe e ben presto estrasse regolarmente il feto; che era realmente a termine ma già morto.

Dopo alcuni giorni dacchè si era sgravata incominciò essa ad accorgersi che dai genitali già rossi, gonfi e dolenti, colava un umore che

aveva i caratteri e le qualità dell'urina, mentrechè si meravigliava come volontariamente urinasse così poco. Coll'andare dei giorni verificò che non poteva trattenere più una stilla di urina in vescica quando era in letto, riescendo a contenerne pochissima quando stava alzata.

Decorsi circa tre mesi di tali incommodi ad onta che avesse osservate le regole della pulitezza, pur tuttavia provava tale molesta sensazione di prudore ai genitali che non le lasciava un momento di pace. L'esercizio degli atti sessuali era doloroso, e non era più comparsa la menstruazione dopo che erasi sgravata.

La donna mal si reggeva in piedi, era di statura media, e le parti del suo corpo regolari e simmetriche. La pelle color giallo-terreo sollevavasi in larghe pieghe.

Portate le prime ricerche ai genitali, coricando la donna su di un letto boccone, e in modo che poggiasse sui ginocchi e sui gomiti, non appena scoperta avvertivasi un odore ammoniacale di urina decomposta. Le grandi labbra apparivano enormemente gonfie, rosse, e arrossato tutto lo spazio ano-perineale, non che il lato interno delle coscie. Stille di umore coi caratteri dell'urina gocciolavano lungo la commessura della vulva.

Introdotto l'indice della mano destra in vagina, percorrendone la parete anteriore superiore, si sentiva molto calda, e spinto il dito in avanti per tre centimetri circa, l'apice avvertiva un'apertura nella quale poteva commodamente penetrare. Dietro la scorta del dito introdotta una valvola dello specolo del Prof. *Fabbri* si mise allo scoperto la nominata apertura, la quale era collocata nella parete anteriore superiore della vagina distante tre centimetri dalla commessura superiore della vulva, misurava trasversalmente centimetri due e mezzo, ed introdotta una siringa in vescica dalla parte dell'uretra, ben presto il becco con facilità esciva dall'apertura vaginale, la quale presentava i suoi bordi distanti fra di loro in direzione longitudinale un centimetro circa; erano rossi, gonfi e dolenti come tutto il resto della mucosa vaginale.

Ulteriori indagini onde convalidare la diagnosi erano inutili, perchè chiaramente appariva la comunicazione larga e diretta che esisteva fra il basso fondo della vescica urinaria e la parete anteriore della vagina; e quindi lasciata la donna in riposo, si incominciò a pensare a quale partito dare la preferenza onde cercare se pure era possibile di guarirla.

La sutura e la cauterizzazione erano i due mezzi i quali usati in diverse epoche pur tuttavia avevano apportati brillanti risultati; e sebbene per la estensione della fistola si avesse dovuto quasi disperare di ottenere un buon risultato colla cauterizzazione, pur tuttavia l'esperienza del Prof. *Rizzoli* avendolo convinto, che anche in casi di fistole vescico-vaginali ampie ed alte, molte volte riescivasi ad ottenerne la guarigione.

la volle esperimentare. Fra questi casi è da notarsi quello della Galletti Carlotta, la quale dopo 4 mesi di cura perseverante colla causticazione ottenuta avendo la completa guarigione della fistola, rimase di poi incinta, partorì un feto a termine dopo un travaglio di 12 ore e senza che ne avvenisse alcun disordine negli organi genito-orinali, che anzi riveduta dopo un mese dal parto la cicatrice conservavasi integra e resistente, ed i genitali presentavano tutti i caratteri di una perfetta conformazione e funzionavano con tutta regolarità.

Volle quindi, come dissi, il Professore prima di ogni altra cosa, e non appena fu tolto il rossore erisipelaceo notato all'esterno dei genitali e alle coscie, usare della cauterizzazione, disposto però essendo qualora dalla cura caustica non avesse ottenuto alcun vantaggio, di ricorrere alla sutura, nel qual modo in questo caso non avrebbe che usato per primo quel mezzo che d'ordinario si applica pel secondo. E così anche rispetto la cura caustica. Egli non intendeva di dare la preferenza ad un solo caustico, ma proponevasi all'occorrenza variarne l'applicazione ed il grado di intensità, ritenendo che così la donna sarebbe tanto più facilmente guarita, e lo sperava altresì perchè mostravasi dotata di quella fermezza e di quella tolleranza che è indispensabile per ottenere, usando del caustico, in simili casi la guarigione.

Quindi per prima cosa si fecero costruire due cauterii di ferro di forma elittica, della grandezza presso a poco come quella della fistola, lievemente curvi sul manico in modo che avessero la direzione come del dito indice un po' flesso, e così meglio valersene onde applicare il cauterio attuale.

Il giorno 6 Dicembre 1868 fu per la prima volta dal Prof. *Rizzoli* applicato uno di questi cauterii incandescenti, ed eseguita così la cauterizzazione della fistola usando, come è ben naturale, quelle norme generali che in tali casi sono richieste. L'inferma ne tollerò bene l'applicazione, all'infuori di un poco di bruciore, che si calmò coll'uso di applicazioni fredde, tutto all'intorno i bordi della fistola si videro tappezzati da un'escara regolare e superficiale. Nel giorno dopo l'inferma era tranquilla, fu applicato un globo di filaccia contro l'apertura fistolosa e già l'escara si vedeva molle, e facilmente si sarebbe distaccata. Fu raccomandata la nettezza esterna, e delle frequenti iniezioni vaginali con dell'acqua tepida.

Dopo 5 giorni l'escara era staccata, e il 15 Dicembre fu praticata la seconda applicazione del cauterio attuale, una terza ai 20, la quarta, la quinta, la sesta, ai 30, ai 5, ai 9 Gennaio, e senza ne susseguisse grave incomodo, anzi riconoscendone qualche miglioramento dai caratteri che assumevano i contorni della fistola, che si facevano granolosi e rigonfi all'indentro. Da tale stato di cose era adunque evidente un progresso

verso la guarigione, e quindi quei dubbi che si nutrivano prima di determinarsi alla cura caustica si dileguarono non poco, ed anzi si incominciò a sperare che perseverando, l'inferma sarebbe guarita. Siccome poi l'idea dell'applicazione del fuoco per la malata era tale che ogni volta si esaltava e si faceva paurosa, e dall'altro lato anche dalle condizioni locali non era più essenzialmente richiesto; fu sostituita al ferro rovente la cauterizzazione col nitrato d'argento fuso in cannelli, servendosi a quest' uopo del porta caustico-uterino.

Il giorno 15 Gennaio fu praticata questa specie di cauterizzazione, e ripetuta ogni due giorni, avvertendo che il caustico si lasciava in contatto dei bordi della fistola sino a tanto che l'inferma asseriva di sentirne bruciore.

L'apertura fistolosa appariva più ristretta, ma la inferma non ne avvertiva sensibile miglioramento. Nel giorno 20 Gennaio, dopo che il Prof. *Giordano* aveva tanto e sì giustamente preconizzata la posizione nella cura delle fistole vescico-vaginali, il *Rizzoli* ne volle tosto approfittare, e per questo fu adagiata l'inferma su dei cuscini e in modo che poggiando sui ginocchi, e sul torace la pelvi rimanesse inchinata in avanti. A questa posizione l'inferma si prestò volontieri, e talmente vi si abituò, che buona parte della giornata la passava in simile atteggiamento.

Dopo otto giorni da che si usava della posizione, continuando però la cauterizzazione, e più esattamente in sul finire del mese di Febbraio, la donna avvisò che quando era in letto, e conservava la posizione prescrittale, riesciva a contenere una cinquantina di Grammi circa di urina, e quando era alzata tutta la perdeva, se non aveva la precauzione di atteggiarsi nella posizione che assumeva quando era in letto, e cioè piegando il tronco in avanti e poggiando sulle braccia.

Nel mese di Marzo le cose andavano sempre meglio, la fistola manifestamente restringevasi, e l'urina, specialmente in letto, era trattenuta in maggior copia, le condizioni generali miglioravano, la cute flacida si faceva soda e tesa, e i genitali si restringevano acquistando il loro colorito normale.

Seguitavasi sempre la stessa cura, e nel mese di Maggio e Giugno il progresso verso la guarigione fu manifestissimo; oltre il miglioramento nella costituzione anche la località sensibilmente aveva guadagnato, la fistola ridotta alla metà della sua estensione notavasi coi bordi spinti allo indentro e ricoperti da tessuto cicatrizzio in modo da rappresentare la forma di un imbuto con un piccolo pertugio nel suo fondo.

Nel mese di Luglio quando era in letto conteneva del tutto l'urina e ne emetteva dai 90 ai 100 Grammi per volta; alzata, soltanto qualche goccia ne perdeva ancora. La parete superiore della vagina era un

poco accorciata, e l'apertura imbutiforme era obliterata al punto che stentatamente riuscivasi ad insinuarvi il caustico.

Conseguito tanto benefizio l'inferma ne era contentissima, ed essendo limitata di mezzi, e troppo gravoso riescendole il rimanere ancora nell'Ospitale ove doveva corrispondere mensilmente la dozzena, per questo chiese di andare presso a persone amiche, promettendo, come ella fece dietro inginnzioni fattele, che si sarebbe recata di tratto in tratto dal Professore onde potere constatare indubitatamente la ottenuta guarigione. La quale poi senza dubbio è a ritenersi non solo conseguita dall'applicazione della cura caustica, ma altresì dalla posizione, che indirettamente operando, cioè favorendo la raccolta dell'urina nella parte alta ed anteriore della vescica, e sospendendone così lo stillicidio continuo, rese più agevole il lavorio di riproduzione che era necessario alla completa chiusura di così incomoda ed ampia fistola vescico-vaginale.

NUOVO

PELVIMETRO-ISTEROMETRO

E CONSIDERAZIONI

SULL'ATTEGGIAMENTO DELL'EMBRIONE E DEL FETO

NELL'UTERO DELLA GESTANTE

Fra i diversi istrumenti Ostetrici da me offerti alla Scienza pratica, e che il chiarissimo sig. Prof. *Taruffi* non pochi anni or sono presentò alla nostra Società Medico-Chirurgica (1), havvi un pelvimetro il quale, ottenuto avendo il favore di non pochi preclari Ostetricanti fu da me ridotto a pelvimetro-isterometro (2) udita che ebbi la lettura d'una assai pregevole memoria fatta all'Accademia delle Scienze dall'Onorevole dott. *Pilla* Medico Primario Ostetrico supplente alla Maternità, tendente a confermare la necessità in cui si trova il pratico di determinare in parecchie difficili circostanze colla maggiore possibile esattezza le dimensioni della matrice in istato di gestazione, ed a stabilire i mezzi che meglio ponno concorrere all'uopo. Di questo nuovo istrumento poi credetti acconcio informare lo stesso mio collega e lo feci mediante la qui unita lettera.

(1) Bullettino delle Scienze Mediche.
(2) Bullettino 1868.

Onorevolissimo Collega

È certo cosa assai ardua in alcune circostanze il potere fissare nella donna incinta l'epoca di sua gestazione, e ciò torna assai grave per l'Ostetrico in varii momenti solenni, nei quali da questa nozione dipender dee la scelta di un partito di maggiore o minore entità. Laonde, a ragione, io bramo congratularmi seco Lei, e col preclaro dott. *Belluzzi* Medico Primario Ostetrico alla Maternità, per gli studi da essi loro intrapresi tendenti a raggiungere per quanto può esser possibile codesta meta, e pei quali già buon frutto si è potuto raccogliere.

Nella memoria infatti che Ella lesse alla nostra Accademia delle Scienze il giorno 23 del Gennaio 1868 (1), dopo avere lanciato uno sguardo su quanto ci offriva la scienza appunto per determinare nel modo più acconcio i diversi periodi cui è giunta la gravidanza, non solo ne confermò la loro non rara insufficienza, ma dimostrò specialmente, non doversi neppure accordare molta fidanza alla diversa altezza cui si eleva il fondo dell'utero man mano che la gestazione procede, prendendo all' uopo per punto di confronto la cicatrice ombelicale, giacchè questo dato, cui in generale tanto valore si accorda, può essere spesso molto fallace. E in verità per le osservazioni da Lei esposte, essendo reso certo che la stabilità ed immobilità della posizione dell'ombelico è un semplice supposto, il quale non è in pieno accordo colla realtà, anzi rimanendo provato che la sua posizione fino dalla nascita stessa, e di poi, per molte e diverse cagioni non è nè stabile, nè invariabile, e che per di più la stessa ombelicale cicatrice può persino mancare, si rende quindi evidente che il volere trarre partito dalla sede di esso ombelico per determinare il grado d'elevamento del

(1) Memorie dell'Accademia delle Scienze 1868.

fondo della matrice, e da ciò il periodo vario di gestazione, non può essere che una sorgente di errori. Per tutto questo fu saggio il di lei divisamento di cercare nell'addome della donna un altro punto che non variasse, come fa la nominata cicatrice.

Questo punto sarebbe quello stesso che gli Ostetricanti, non saprei dire il perchè, avevano serbato ai soli primi mesi di gravidanza, mentre invece giustamente, per quanto Ella fa noto, può del medesimo fruirsi anche di poi, e si è il margine superiore del pube, dal quale dipartendosi per dirigersi in alto fin contro il fondo della matrice, con quelle norme che vengono da Lei con tanta precisione stabilite, si può diffatti molto agevolmente ottenere una misura che corrisponda all'altezza di essa matrice.

Nullameno siccome ponno darsi dei casi, quantunque rari, in cui a quiete dell'Ostetricante occorra dileguare ogni dubbio sulla esattezza della presa misura, e questo può avverarsi qualora s'incontrino delle difficoltà a bene dominare il pube, sia per la sua strana conformazione, sia per la viziata struttura delle parti molli che lo ricuoprono, sia per varie altre cagioni che credo inutile l'enumerare, così in simili casi, concordemente al voto espresso dall'illustre prof. *Fabbri*, riterrei opportuno di convalidarla in qualche altra guisa, ed amerei invece desumerla dalla distanza che passa fra il segmento inferiore dell'utero poggiante sul fornice della vagina, ed il fondo della matrice.

La quale misura poi in maniera assai approssimativa può ottenersi mediante la contemporanea esplorazione vaginale ed addominale, giacchè per tal modo osservando allo esterno del pube il punto cui corrisponde l'estremità dell'indice dell'ostetricante insinuato in vagina contro il segmento inferiore della matrice, e nel tempo istesso coll'occhio fissando la regione cui giugne il fondo dell'utero abbracciato attraverso le pareti addominali dall'altra mano dello stesso ostetrico, apparirà la distanza che fra l'uno e l'altra si trova.

E se anche così l'ostetrico non fosse appieno soddisfatto, allora valer potrebbesi della isterometria istrumentale, che sarebbe molto più sicura. Per questo fine ho fatta una piccola aggiunta al mio pelvimetro colla quale l'ho ridotto anche ad isterometro, ed in tal guisa mi sono tolto la briga d'immaginare un nuovo ed apposito istrumento. Io desidero di presentarglielo acciocchè Ella, cortese come è, ne faccia lo esperimento, ritenendo per fermo che se le risultanze che ne otterrà saranno conformi a quelle che tant'io quanto il dott. *Belluzzi* abbiamo già scorte, persuaso della sua utilità non mancherà di prevalersene, se per avventura le si offrisse circostanza in cui amasse di confermare le misure prese col semplicissimo e ben inteso metodo da Lei descritto.

Il mio pelvimetro adunque (1) ridotto ancora ad isterometro, come rilevasi dalle figure delineate nella Tav. 19, le quali lo rappresentano nella proporzione di un terzo dal vero, si compone, fig. 1.ª e 2.ª, di due branche principali con pochi altri pezzi di riporto. La prima branca consiste in un'asta d'acciaio con suo manico, fig. 1.ª *a*, *b*, della lunghezza di 35 centimetri. Partendo dal manico l'asta d'acciaio per la larghezza di 12 centimetri è di forma ottangolare, e finestrata in quattro parti, fig. 1.ª *c*, *d*, collo scopo che serve d'appoggio e di guida all'altra branca, poscia la medesima asta si fa cilindrica e sottile fin quasi al suo termine, fig. 1.ª *g*, ove diventa piatta, ed offre due buchi, fig. 1.ª *e*, nei quali va fermato il pezzo di riporto, fig. 1.ª *f*, mediante un perno fisso ed un bottone a vite, fig. 1.ª *h*, per poterlo smontare, servendosene solo per

(1) La descrizione del solo pelvimetro fu pubblicata nel Vol. V del Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna 1856. I Chiarissimi Professori *Carlo Grillenzoni* e *Cesare Belluzzi* offrirono alla Scienza, il primo nell'anno 1862, il secondo nell'anno 1868 un loro particolare pelvimetro. Il *Grillenzoni* lo denominò pelvimetro graduato, il *Belluzzi* pelvimetro a branca interna-fissa. Amendue questi istrumenti riuniscono tali pregi da renderli utilissimi in pratica.

certe misure. Questo pezzo è lungo 15 centimetri, curvo sul piatto, e verso il suo mezzo si articola a cerniera, fig. 1.ª *i*, per cui il tratto superiore può piegarsi a piacimento, la sua forma è piatta a guisa di spatola.

L'altra branca dell'istrumento fig. 1.ª *k*, *l*, o di rimonta che concorre a formare il compasso misuratore, è della lunghezza di 23 centimetri. È composta di cinque pezzi, due dei quali rappresentano due aste innestate una dentro l'altra onde potere allungare, ed accorciare la branca stessa a volontà, fig. 1. *m*, fig. 2.ª *a a*. Questa branca è finestrata per la lunghezza di 15 centimetri, è collocata entro la finestra della prima branca, fig. 1.ª *n*, fig. 2.ª *b*, in modo da poterla alzare ed abbassare a piacimento, permetterle di scorrere avanti e indietro nella finestra della branca istessa, e di accostare ed allontanare le estremità misuratrici di questo compasso a tenore del bisogno. Mentre simili movimenti sono permessi da un perno che s'incastra nelle finestre di ambo le aste, fig. 1.ª *o*, fig. 2.ª *c*, serve poi il medesimo a fissare le aste stesse in qualunque punto mediante un apposito grilletto, fig. 1.ª *p*. All'estremità superiore di questa branca trovasi un'apertura cilindrica entro cui si innesta un altro pezzo parimenti di forma cilindrica della lunghezza di 6 centimetri, fig. 1.ª *q*, fig. 2.ª *d*, il quale quando occorra volgere in senso vario la vite che porta al suo punto estremo, fig. 1.ª *r*, fig. 2.ª *e*, sia per prendere alcune speciali misure, sia per togliere con facilità dal suo posto l'istrumento dopo averlo nei modi voluti applicato, può essere girato in quella direzione che meglio piace e fissato mediante una vite di pressione, fig. 1.ª *s*, fig. 2.ª *f*. Verso la sua metà questo pezzo ha un'articolazione a cerniera, fig. 1.ª *t*, fig. 2.ª *g*, mediante la quale può facilmente essere flesso. Alla sua estremità superiore poi termina in un bottone forato nel mezzo, che a volontà può essere diretto all'avanti o all'indietro, fig. 1.ª v^1, fig. 2.ª *h*, nel qual foro si avanza una vite di varia lunghezza, fig. 1.ª *r*, fig. 2.ª *e*. Questa branca poi essendo, come dissi, formata di due aste

che scorrono una entro l'altra, può per questo essere allungata quasi del doppio, fig. 2.ª *a a*, e fissata a quell' altezza che si desidera mediante una ghiera, fig. 1.ª *v*, fig. 2.ª *i*, ed un bottone a vite, fig. 1.ª *x*, fig. 2.ª *l*.

Costrutto che sia così l'istrumento, il medesimo si rende tale da poter essere facilmente applicato alla pelvi dal solo chirurgo, e senza bisogno dell' aiuto di persona intelligente per misurarne i diametri e riconoscerne la regolare e la più viziosa e strana conformazione. Basterà diffatti collocare l' estremità della sua prima branca, fig. 1.ª *a*, contro il promontorio del sacro, adattare alla medesima l' altra branca in modo che colla sua estremità portante la vite tocchi l' orlo superiore del pube, e flettere, se occorre, per meglio ivi fissarla le articolazioni di cui è fornita, fig. 1.ª *t*, *z*, fig. 2.ª *g*, *h*, per istabilire, detratto lo spessore del pube (che come facilmente si comprende può col medesimo pelvimetro essere precisato) la lunghezza del diametro antero posteriore dello stretto superiore. Ciò conosciuto, seguendo poi le regole ordinarie per l' applicazione dei pelvimetri allo interno della pelvi, con molta agevolezza si potrà ottenere la misura degli altri diametri della medesima. Noterò soltanto che mediante l' articolazione, fig. 1.ª *q*, *s*, potendosi far girare la vite superiore, fig. 1.ª *r*, di questa branca nel senso che maggiormente piace, si può per questo, mentre l' estremità della prima branca è ferma contro il promontorio del sacro, portare a piacimento quella vite o sul pube o sulla eminenza ileo-pettinea, e misurare così questa distanza senza il bisogno di muovere l' interna branca. Con pari facilità questo mio pelvimetro o compasso si presterà per misurare allo esterno il bacino, giacchè mediante la cerniera *t*, fig. 1.ª, potendosi inclinare in basso il bottone della vite, fig. 1.ª *v*ⁱ, l' estremità di essa vite, fig. 1.ª *r*, si rialzerà in modo da porla nella direzione delle corrispondenti estremità dell' altra branca, e così si avrà un compasso che agirà come quello di *Boudeloque*. E quando avvenga che attesa la particolare infossatura della base del sacro occorra

di allungare ed anche di piegare molto allo indentro la superiore estremità della prima branca, fig. 3.ª, dello istrumento acciocchè possa essere collocata in debito modo sulla cute che quella base riveste, in allora vi si adatterà il pezzo articolato a cerniera che vedesi delineato nella fig. 1.ª *i*. Io posseddo alcune pelvi talmente deformate, e coll'osso sacro avente la base così inclinata allo interno, che il pelvimetro di *Wan-Huevel* non si presterebbe ad esattamente misurarne il diametro posteriore. Per contrario flettendo più o meno l'indicato pezzo, si giunge ad ottenere costantemente la precisa misura di esso diametro.

Allorchè poi l' Ostetricante vorrà prevalersi di questo istrumento, come isterometro nella donna incinta, ecco le norme che si denno seguire.

Collocata la donna alla sponda del letto, fattele scostare le coscie l' Ostetricante insinua l' indice della sua mano sinistra in vagina fin contro il segmento inferiore dell'utero, posteriormente ed in prossimità del collo uterino, o del suo orifizio se questo collo è scomparso. Allora tenute colla sua mano destra le branche dell' isterometro divaricate, colla scorta di quel dito colloca la estremità della prima branca, fig. 2.ª *m*, contro l'inferiore segmento uterino nel punto toccato dal dito, indi allunga l'altra branca, fig. 2.ª *a a*, quanto basta acciocchè il bottone della vite, fig. 2.ª *n*, vada a porsi contro il fondo della matrice abbracciato e tenuto fermo attraverso le pareti addominali dal bordo ulnare della mano di un assistente, e se occorre, flette le cerniere, fig. 2.ª *g*, *h*, affinchè meglio il bottone della vite a quel punto si adatti. Ciò fatto mediante la ghiera, fig. 2.ª *i*, che scorre lungo le aste, ivi per mezzo del suo bottone, fig. 2.ª *l*, le fissa, poi mediante il grilletto, fig. 1.ª *p*, rende immobili le due branche dello istrumento, dopo di che lo ritira, e misurando la distanza che passa fra l'estremo superiore della prima branca già introdotta in vagina fin contro il segmento inferiore della matrice, fig. 2.ª *m*, ed il

bottone della vite collocato contro l'orlo superiore del suo fondo, fig. 2.ª *n*, ottiene di precisare la lunghezza della matrice istessa.

Quantunque però siano oggigiorno abbastanza bene determinate le lunghezze varie del diametro longitudinale od asse uterino nei diversi periodi della gravidanza, non è per altro men vero che questa misura potrebbe far commettere non pochi errori se non fosse confrontata con quella dei diametri trasversali. Il quale esame, che facilmente si compie anche col mio isterometro, può altresì esser proprio ad avvalorare il sospetto di gravidanza multipara, od a far sorgere il dubbio dell'esistenza di alcune innormalità della gestazione, fra le quali principalissima si è quella riferibile all'improprio atteggiamento del feto nella matrice (1).

E giacchè ho a questo accennato, Ella mi conceda che io tragga da ciò partito per esporre quello che penso intorno al modo con cui il medesimo può effettuarsi, giacchè rispetto a simile particolare non potrei essere in pieno accordo colle dottrine esposte dall'illustre prof. *Lazzati* in una sua recente memoria intitolata: *Di alcuni cambiamenti che avvengono nell'atteggiamento del feto nell'utero durante la gravidanza, ed il parto.*

Dopo avere egli indicato che dalla massima parte per non dire da tutti gli ostetricanti si ritiene costante, invariabile l'attitudine, o l'atteggiamento del feto durante la gravidanza, mostrandosi da essi discorde, si fa ad indagare per quali circostanze particolari possa aver luogo la presentazione della spalla o della faccia, e richiamando in onore

(1) Questo istrumento mi è riescito utilissimo per precisare il volume di alcuni tumori intra-addominali, che possono essere sentiti anche per la via della vagina. In simili casi applicando la prima branca in vagina contro il tumore, allungando l'altra in modo che il bottone della vite che essa porta alla sua sommità vada a collocarsi sull'addome contro il margine superiore del tumore, e fissando così le due branche, ritirato che sia lo strumento, la distanza che trovasi fra le due estremità delle branche indica la lunghezza del tumore.

un'antica dottrina, e corredandola di molte osservazioni che gli sono proprie, ammette che in un determinato periodo della gestazione, che sarebbero i due primi trimestri, nella maggior parte dei casi la estremità cefalica dell'ovoide fetale si trovi al fondo della matrice, la pelvica in basso, e che giunto il momento in cui quest'ultima deve risalire in alto, e la testa cadere in basso, se trova particolari ostacoli, in allora l'antecedente posizione del feto si trasmuta in quella della spalla o della faccia.

E deve essere diffatti così, scrive il *Lazzati*, se appena si pone mente al modo di svilupparsi delle varie parti del feto, alla forma della cavità uterina che lo contiene, ed ai cambiamenti che la gravidanza produce nel peso e nel relativo ingrandimento del bambino, nella forma, capacità e situazione dell' organo gestatore, non che nelle parti della donna che servono a quest'ultimo viscere di contorno e di sostegno.

Tenendo dietro allo sviluppo dell' embrione e del feto si osserva, che originariamente il nuovo essere, cui la fecondazione ha dato origine, da principio mostrasi sotto la forma di una piccola massa, divisa in due rigonfiamenti separati da un punto più sottile che li tiene attaccati, luogo ove sviluppasi in seguito il collo, mentre di quei due rigonfiamenti l'uno deve rappresentare dappoi la testa, e l'altro il tronco colle quattro estremità. Il volume di quelle due parti paragonate fra loro è da principio presso a poco eguale, e non è che oltre la sesta settimana dal concepimento che incomincia ad acquistare volume maggiore quel rigonfiamento cui corrisponder deve il tronco del feto. Sebbene però il volume sia pressochè eguale, od appena inferiore nella parte che in seguito costituisce la testa, ne è ben differente il peso, essendo assai più grave la parte appartenente al tronco colle estremità appena segnate da quattro bitorzoli, perchè piena di sostanza più compatta, mentre nell'altra porzione riferibile al capo appena si contiene una sostanza pressochè

liquida, gelatiniforme. La testa pertanto meno pesante del resto del corpo, con un volume relativamente grande, essendo il nuovo essere immerso nel liquido amniotico, a quest'epoca in considerevole quantità, deve necessariamente obbedire alla legge dei corpi galleggianti e sovrastare quindi alle altre parti specificamente più pesanti, e che nella stazione verticale della gravida tender devono di necessità al basso. Tale naturale disposizione delle parti dell'embrione in rapporto all'utero è ancora maggiormente favorita dalla forma della cavità uterina a quell'epoca quasi sferica, non che dal punto ove di solito sviluppasi la placenta in seguito, ed alla quale sta attaccato il piccolo essere per le aderenze ombelicali, e che nella maggior parte dei casi è verso i punti superiori dell'utero. Questo viscere poi nei primi due mesi della gravidanza rimane col fondo alquanto piegato all'indietro verso la concavità sacrale, e colla cervice leggermente rivolta in avanti, ciò che dà alla parete posteriore della matrice una posizione inferiore, o più declive relativamente all'anteriore. Tale condizione di rapporti dura anche allora che il nuovo essere passa dallo stato embrionale a quello di feto, ciò che verificasi verso la tredicesima settimana. La testa abbastanza voluminosa, ma meno specificamente pesante del resto del corpo, l'utero che elevandosi quasi verticalmente tende a piegarsi col fondo in avanti, il liquido amniotico ancora relativamente al piccolo feto ed alla grande cavità uterina in considerevole quantità, mantengono le stesse leggi di statica nel corpo galleggiante contenuto, e fanno sì che venga conservata quella primitiva situazione, nella quale l'estremità cefalica del piccolo feto trovasi in alto e la pelvica in basso. Ciò è almeno lecito di supporre che avvenga nella maggior parte dei casi, e non solo nei primi tre o quattro mesi di gravidanza, ma sibbene per qualche mese più avanti, se si vuole spiegare la frequenza delle presentazioni dell'estremità pelvica del feto nei parti abortivi, che si verificano nei primi sei mesi della gestazione. Col progredire però dello sviluppo

delle parti del feto, coll'ingrandire della cavità uterina, coll'aumento di peso dell' uno e dell' altro, è di necessità che la matrice urti sempre più fortemente contro le pareti addominali, sulla di cui superficie interna scorre a contatto elevandosi il di lei fondo, e che nell'inalzamento le molli pareti ventrali dovendo necessariamente cedere, la parte superiore dell' organo gestatore inclini sempre più in avanti, di modo che la di lui parete anteriore relativamente alla posteriore si trovi situata più inferiormente. È su di essa pertanto che il corpo galleggiante nell'idramnios contenuto nella cavità deve venire a cadere ed appoggiare, sia colla sua superficie sternale, sia colla dorsale, rimanendo la testa del feto verso il fondo della matrice che è in avanti, e le natiche sul segmento inferiore alquanto posteriormente, tale essendo il rapporto di queste due parti dell' utero tra loro. La lunghezza del detto viscere, od il di lui asse verticale, deve adattarsi alla direzione dell' asse del distretto superiore della pelvi, e perciò mentre il fondo situato in alto tende sempre più a portarsi in avanti pesando sulle cedevoli pareti addominali, il segmento inferiore ed il collo devono venire spinti all'indietro e tenuti in basso, tanto più che la inclinazione naturale della parte inferiore della gran pelvi e dello stretto superiore del piccolo bacino su cui appoggiano, e l'attacco del canal vaginale, li obbligano a rimanersene spinti in basso, e portati all'indietro. La testa del feto che nel quinto, nel sesto, e particolarmente nel settimo mese della gestazione acquista considerevole volume non solo, ma aumenta grandemente di peso per lo sviluppo e consistenza della massa cerebrale che sempre più si organizza trovandosi in alto e portata ogni giorno più in avanti, tende a cadere contro la parte superiore della superficie interna della parete anteriore uterina, e ad appoggiarvisi contro. L'aumento di volume, ma specialmente di peso che si verifica a quest'epoca di gravidanza per lo sviluppo della testa fetale, ne cambia affatto i rapporti relativamente al liquido in cui nuota il feto, il quale

liquido va anche scemando di quantità sempre proporzionatamente col progredire dello sviluppo complessivo del bambino. La testa del feto, voluminosa ma leggiera, nel principio della di lui vita intra-uterina aveva tendenza a galleggiare ed a rimanersene nelle parti superiori del liquido, a gestazione inoltrata divenuta più pesante la testa del bambino, per legge naturale di gravità deve essere inclinata a guadagnare i punti più declivi della cavità dell'organo in cui è rinchiusa. Se a ciò si aggiunge che col progredire della gravidanza tale condizione deve aumentare, si vedrà di leggieri che la testa, flessa come è sulla superficie sternale del bambino, sarà sempre più costretta a piegare in avanti ed al basso. Ognuno vede che dato questo stato di cose, d'altronde verissimo, deve di necessità giungere un momento che la testa scorrendo sulla faccia interna della parete anteriore della matrice, dall'alto ove si trovava si porterà in basso, lentamente da principio, e forse ad un determinato istante in qualche caso tutto ad un tratto, favorita in questo moto di *capitombolo* o di cambiamento di situazione dalla cedevolezza più o meno marcata delle pareti uterine ed addominali. Tale cambiamento di situazione impedito da qualche particolare circostanza, come scarsità delle acque dell'amnios, resistenza delle pareti della matrice e ventrali, stretture artificiali portate dalla donna, volume straordinario del feto, gravidanza gemella, fisserà la presentazione dell' estremità pelvica del feto per il successivo parto, mentre scendendo nel maggior numero delle gravidanze, come si osserva di fatto, farà sì che l'estremità cefalica del bambino si trovi tanto frequentemente sul segmento inferiore della matrice negli ultimi tempi della gestazione.

È nel frattempo che si compie tale cambiamento lento, che la situazione del feto nell' utero a gravidanza oltre al sesto mese va, si può dir quotidianamente, cambiando, e che la obliquità del feto entro la matrice, ossia la deviazione dell'asse fetale da quello dell'organo che lo racchiude,

raggiunge il massimo grado. È per questa variabilità di situazione del feto all'epoca indicata di gestazione che si devono riferire i frequenti casi da taluno riscontrati a gravidanza inoltrata di situazioni difettose del bambino, e per le quali si praticarono, massime in questi ultimi tempi, tentativi di correzione con maneggi esterni. Le quali difettose situazioni del feto nell'utero, indicate col nome di trasversali, o di presentazioni trasversali, e che mi sono studiato in altra circostanza di dimostrare come dovrebbero invece essere ritenute per obliquità più o meno marcate di esso entro la cavità della matrice, se qualche volta si mantengono fino all'epoca del parto, è però altrettanto vero che più di spesso si correggono da sè. Sono infatti l'effetto della naturale evoluzione che il feto subisce entro l'utero nell'andamento ordinario della gravidanza, riducendosi in seguito nella massima parte dei casi la di lui situazione alla normale, cioè corrispondendo il di lui asse occipito-coccigeo a quello dell'organo gestatore. E come fu più sopra detto se quell'evoluzione si compie regolarmente, la testa del feto si situa in basso, se per qualche circostanza resta impedita, è la estremità coccigea che si fissa sul segmento inferiore della matrice, se poi la testa rimane deviata dalla direzione che d'ordinario assume quando tende al basso, allora ha luogo la presentazione della faccia, o della spalla.

Queste sono le dottrine esposte dall'illustre *Lazzati* da cui per altro, sia per le non poche osservazioni da me fatte nella lunga mia pratica sugli ovi abortiti, sia per quelle da me pure non omesse sulle gestanti, sulle donne morte incinte, ed in quelle assistite ed operate in diversi periodi di gravidanza, dovrei, come dissi, in qualche modo discostarmi.

Esaminando infatti degli ovi abortiti nelle prime settimane di gestazione, sebbene io pure mi sia accorto che il nuovo essere nel suo esordire è costruito da una piccola massa formata da due rigonfiamenti assieme riuniti in un punto più sottile, che questi due rigonfiamenti di poi si convertono

l'uno nella testa, l'altro nel tronco, ed il punto intermedio nel collo, che le due piccolissime masse sul principio sono di volume pressochè eguale, e che poco dopo acquista maggior volume quella che diverrà il tronco dell'embrione e del feto, tuttavia ho altresì potuto notare che, appena spunta nel germe immerso nell'abbondante copia di acque che serve a difenderlo dalle esterne ingiurie, il funicolo, il quale nella generalità dei casi si impianta con una sua estremità nelle regioni più alte della interna superficie dell'ovo, coll'altra si fissa verso la regione coccigea, desso germe è costretto, attesa la notevole brevezza di esso funicolo, a tenersi coll'estremità pelviana del rudimentario tronco allo insù, per cui verso il basso tende a volgersi quell'opposto corpicino che diverrà poi la testa. Ma subito che il brevissimo funicolo, cui rimane appeso il tronco del germe colla sua regione coccigea, per lo scorrere delle giornate comincia ad allungarsi ed il tronco a guadagnare di peso in confronto della estremità cefalica, egli è in allora che obbedendo alle leggi di gravità il tronco si dispone a portarsi in basso, ed il germe finisce, appena il funicolo si è fatto lungo a sufficienza, per adagiarsi sulla interna superficie del segmento inferiore della matrice, la quale perdendo a gradi la forma pressochè conica che avea, tende a farsi quasi sferoide, e così quel segmento meglio lo accoglie. Di poi sviluppati che siano gli arti inferiori, acquistando l'embrione tale lunghezza da superare le dimensioni di esso segmento, quegli arti stessi essendo anche molto leggieri tendono perciò a galleggiare entro il liquore dell'amnio ed a volgersi in alto allo interno della matrice, ove non trovano ostacolo alcuno. Intanto la matrice, nel crescere perdendo a gradi la forma globosa, ed assumendo invece la ovoide, la regione inferiore del cavo uterino che accoglie il tronco del nuovo essere il quale va via via esso pure crescendo, non gli offre perciò più spazio sufficiente, motivo per cui su di esso addossandosi le corrispondenti uterine pareti, non solo sono costretti a

maggiormente elevarsi gli arti inferiori, ma li segue la estremità pelviana da cui i medesimi sorgono. Giunto che sia poi il quinto mese di gestazione, organizzandosi vieppiù ed ispessendosi il cervello, la testa resasi anche per questo maggiormente pesante, tende fin d'allora, come ho più volte notato, a cadere in basso, e ad appoggiarsi contro il segmento inferiore dell'utero, motivo per cui il tronco già in gran parte sostenuto dalle interne pareti della matrice, e reso men libero per la discreta copia di acque che in allora vi si trovan raccolte, è forzato porsi in relazione tanto più stretta col diametro longitudinale, od asse di essa matrice. Infine il pesante capo già diretto in basso si dispone a collocarsi in quell'atteggiamento che è così acconcio alla sua escita dal seno materno, e che viene favorito dalla particolare struttura del superiore distretto.

Ed è soltanto quando la testa trova qualche accidentale inciampo a mettersi in buona relazione coll'ingresso della pelvi, che prima, o nell'atto del travaglio del parto dessa assume posizioni più o meno inclinate, fra cui ponno collocarsi quelle della faccia, od invece hanno luogo quelle della spalla, nei quali casi poi come è naturale, l'utero tende ad aumentare le sue dimensioni trasversali, a scapito delle longitudinali.

Allorchè infine il funicolo ombelicale, per essersi nei primissimi tempi della gestazione inserito nelle regioni inferiori dell'interna superficie dell'ovo, ha conceduto alla estremità pelviana del nuovo essere di mantenersi in una posizione più declive della cefalica, od anche indipendentemente da ciò l'estremità pelviana stessa ha trovato la regione inferiore dell'utero disposta in modo da concederle facoltà di portarsi verso l'interno orifizio del collo uterino, in allora la testa essendo la parte più saliente entro la matrice, sarà pur quella che dalle pareti uterine verrà diretta verso il suo fondo e così avrà luogo la presentazione delle natiche.

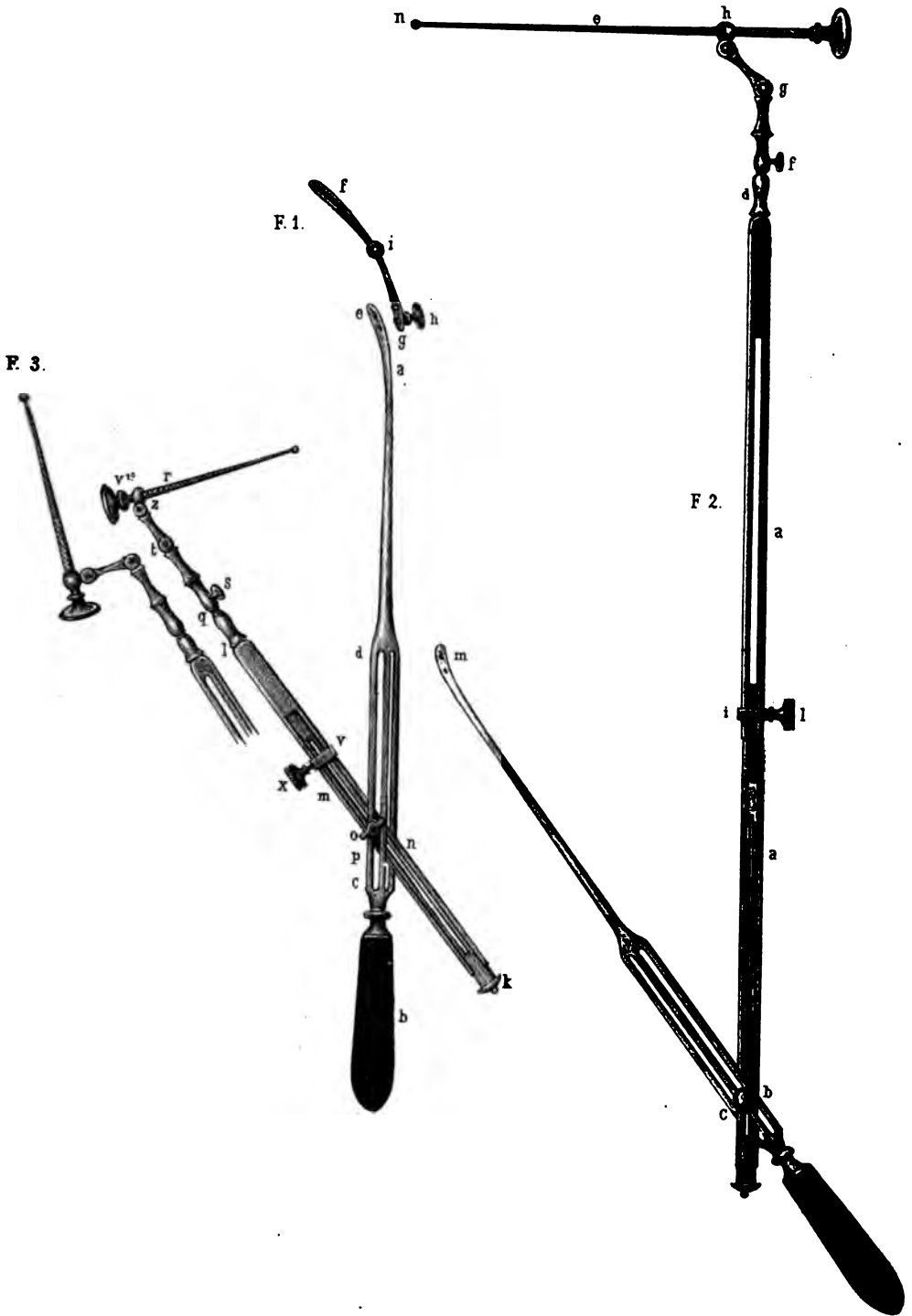
Per tutto questo può quindi dedursi, che il nuovo essere assume nella matrice un atteggiamento alquanto diverso da quello che fu supposto, il quale è subordinato allo stato suo di germe, di embrione, e di feto, ed è in relazione coi mutamenti di forma e di volume che va subendo o può subire la matrice man mano che la gravidanza procede, non che colla copia di liquore amniotico che vi si contiene. Il quale atteggiamento poi se per fortuite cagioni si faccia vizioso, nullameno riconosciuto che sia dall'ostetricante mercè pure il soccorso della isterometria, potrà non di rado anche prima del parto colle dovute cautele facilmente ed in modo debito esser corretto.

Gradisca i sentimenti della mia particolare stima, ed amicizia e mi abbia

Bologna 5 Febbraio 1868.

Suo aff.mo Collega
FRANCESCO RIZZOLI.

O. Nannini dis.

Lit. G. Wenk.

NUOVO FORCIPE

A DOPPIA ARTICOLAZIONE

Le accurate e pazienti cliniche osservazioni fatte in singolar modo dagli Ostetricanti moderni, servirono a spandere tanta luce, che valse a palesemente mostrare come in moltissimi casi nei quali sembravano indispensabili operazioni manuali od istrumentali acciocchè alcuni parti potessero compiersi, la natura invece di sovente riescire poteva, ed in modi varii, da se sola ad effettuarli; e questo tornò in grande vantaggio della pratica ostetrica, in quanto che i chirurghi maggiormente confidando nella Ostetricia aspettativa si resero, con vero vantaggio delle partorienti, molto più cauti nell' operare.

Se non che, come suole d'ordinario avvenire, anche in ciò da taluno si cadde in un riprovevole eccesso, per cui in causa del lungo temporeggiare, le martoriate donne furono di sovente poste in un colla prole in condizioni temibilissime, ed anche mortali. E questo notossi in ispecial modo pel quasi totale abbandono che alcuni Ostetrici fecero del forcipe, avvegnachè sebbene ai medesimi toccasse la sorte di osservare alcune donne straziate da penosissimo travaglio, in causa di notevoli ostacoli che la testa del feto incontrava nell'attraversare la pelvi, finire per isgravarsi senza l'aiuto di questo

prezioso ostetrico istrumento, provarono del pari non infrequentemente il dolore di veder nascere i feti o morti, o deboli, o malconci in modo da non potere a lungo sopravvivere, ed osservarono le loro madri cader vittime di svariate malattie puerperali, o rimanere oppresse anche per tutta la vita da guasti spesso irremediabili formatisi nelle parti generative.

Per tutto ciò, quantunque io non abbia giammai mancato di fare omaggio alla Ostetricia aspettativa, mi sono nullameno tenuto nelle restrizioni del dovere; e non avendo quindi omesso d'approfittare d'una prudente sollecitudine nell'operare, non sono stato perciò restìo dal servirmi cautamente del forcipe; anzi notati avendo nel forcipe stesso alcuni difetti che potevano renderne l'applicazione in varii casi pericolosa, ho dato mano a correggerli, acciocchè il di lui uso potesse riescire per quanto era possibile, anche nelle mani dei poco esperti, facile, spedito, e sicuro.

Era diffatto pegli Ostetricanti un desiderio, dirò anzi un bisogno, di possedere un forcipe, che fra i suoi pregi avesse pur quello di potere permettere di applicare indistintamente per la prima la branca destra o la sinistra senza trovarsi giammai nella necessità per articolarle di doverne scrociare i manichi, ciò che è sempre assai arduo ed imbarazzante, e riesce anche ben di sovente pericoloso per la madre e pel feto.

Alcuni forcipi antichi offrivano a vero dire questo vantaggio. Ed infatti quelli di *Palfin*, di *Mesnard*, di *Schlinchting*, di *Burton*, di *De Wind*, presentando le due branche paralelle in tutta la loro lunghezza, lasciavano perciò agio nell'operare, di prescegliere per la prima quella branca che meglio conveniva, ma siccome questi forcipi, quantunque corretti nelle curve delle loro branche da *Coutouly*, da *Aithen*, e da *Thenance*, mostravansi però molto deboli nella loro articolazione, caddero affatto in disuso.

Più felice fu l'*Assalini* pel modo con cui articolò il suo ultimo forcipe; ma non lo fu però tanto quanto bramar si

poteva, imperocchè anche la sua articolazione non fece mostra di tale solidità e sicurezza da procacciargli il favore degli Ostetricanti.

Nè andò in maggiore stima il forcipe del *Thurcaud*, nel quale quantunque le branche si presentino, come suol dirsi, maschio e femmina contemporaneamente, e a differenza di quelli ora ricordati, le branche stesse non siano fra loro paralelle, ma invece alternativamente si incrocicchino l'una sull'altra senza che il paralellismo dei cucchiai rimanga di guisa alcuna alterato, pur tuttavia a questi rimarchevoli perfezionamenti essendo congiunti non pochi rilevantissimi difetti che ne rendono stentata, ed anche pericolosa l'applicazione, fu per questo del tutto posto in oblio.

Non ebbe però la stessa sorte il forcipe immaginato da un valentissimo Operatore Italiano, il *Tarsitani*, il quale anzi venne molto apprezzato da illustri Ostetricanti nazionali e stranieri.

Questo forcipe presenta le sue due branche quali le osserviamo in quello del *Dubois*. Ove però le branche si incrocicchiano, sono incavate ambedue sulla faccia anteriore e per metà della loro grossezza, acciocchè nel far passare indistintamente una branca sopra l'altra le due cucchiaie si corrispondano sempre perfettamente.

Per altro acciocchè questo avvenga, non basta soltanto che siano incavate le due branche nell'articolazione e nel modo anzidetto, ma occorre bensì, se si vuole che le due cucchiaie si corrispondano con tutta esattezza, il valersi non già delle ordinarie articolazioni, ma di una maniera particolare di esse, altrimenti quando la branca femmina è posta all'indietro, le due cucchiaie non mantengonsi alla medesima altezza.

E di ciò bene si accorse il *Tarsitani*, per cui immaginò una ingegnosa articolazione a doppio perno, la quale per altro sebbene appaghi al primo vederla, pur tuttavia nell'atto pratico fa mostra di alcuni difetti che ne rendono l'uso difficile ed imbarazzante, massime se l'Ostetricante non sia molto

destro, ed esperto. Oltredichè nei casi in cui la branca femmina è posta all'indietro, si nota che il corrispondente manico rimane in modo sconcio depresso; e quantunque il *Tarsitani* abbia cercato di rimediarvi formando in quella branca al di sotto della articolazione una specie di cerniera, o snodatura, che permetta di abbassare o di elevare il manico a piacimento, affine di condurlo al piano della branca opposta, pur tuttavia anche con ciò i manichi non riescono simmetrici, ed il forcipe perde quindi molto della sua eleganza e bellezza. Di più la snodatura col tempo rendendosi oscillante, il corrispondente manico non rimane per questo fermo nella posizione che dare gli si vuole, ed anche quando la snodatura si conserva normale, cede però sempre alla più piccola pressione che venga fatta sui manichi, sicchè non solo si rende inutile, ma attesa la mobilità dello stesso manico, il forcipe male si presta agli usi che gli son propri.

Volendo io pertanto scansare questi inconvenienti, riescire ci potei in una maniera molto semplice, e cioè fornendo il forcipe di una terza branca da sostituirsi alla branca maschio ordinaria, quando occorresse applicare per la prima la branca femmina. Questa nuova branca maschio deve però, al contrario dell'altra, avere il suo perno posteriormente, acciocchè senza vi sia d'uopo scrociare i manichi, possa essere il perno stesso facilmente insinuato nella fenditura della sottoposta branca femmina, e colla medesima articolato in modo che non venga per questo la direzione delle cucchiaie e dei manichi menomamente alterata.

Sebbene l'Illustre *Balocchi* mi onorasse di encomiare questo forcipe (1), pur tuttavia giustamente notò che il medesimo, in ispecial modo pei chirurghi condotti, ha l'inconveniente di essere troppo costoso, ed anche più incomodo da trasportarsi da un luogo ad un altro. Ma quantunque queste

(1) *Balocchi* Manuale completo di Ostetricia 1856 e Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna. Serie 4.ª Vol. 5.ª 1856.

pecche nulla togliessero alla di lui utilità, pur tuttavia mi indussero a cercar modo onde poterle evitare.

Ed è ben noto che a questo intendimento io feci costruire un nuovo forcipe (1), nel quale anzi dippoi, affine di renderlo sempre più perfetto (2), venni facendo varie modificazioni colle quali raggiunsi il fine che mi era proposto.

Questo forcipe adunque, Tav. 20.ª fig. 1.ª, che io feci costruire dai fratelli Lollini è composto di due branche d'acciaio della lunghezza di 45 centimetri. La branca maschio di questo forcipe porta in corrispondenza della sua articolazione due perni insieme riuniti su un medesimo asse, uno anteriore l'altro posteriore, fig. 1.ª *a*, fig. 3.ª *c c*, onde poterla articolare tanto allo innanzi quanto allo indietro colla fenditura della branca femmina. L'articolazione che riunisce queste due branche, fig. 1.ª, è situata nella linea mediana dei manichi alla distanza di 25 centimetri dallo estremo superiore delle branche o delle cucchiaie, ove queste vedonsi terminare in forma olivare, fig. 2.ª *b*, essendo alla estremità loro superiore larghe centimetri 2-8, mentre la maggiore loro larghezza (4 centimetri) trovasi alla metà della loro lunghezza. L'innalzamento dell' apice delle cucchiaie sopra un piano orizzontale, ossia nuova curva, è di centim. 10-8. Le cucchiaie sono finestrate per la lunghezza di 14 centimetri. Il seno maggiore costituito dalle cucchiaie medesime è di centimetri 6. I manichi, fig. 1.ª *b*, fig. 2.ª *c*, hanno per due terzi della loro lunghezza una direzione retta a forma piatta con margini rotondati; e quando il forcipe è chiuso si sormontano; nel terzo inferiore questi manichi sono alquanto mossi presentando ambidue una legger curva a convessità esterna, fig. 1.ª, per guisa che riuniscono le utilità dei manichi che si sormontano a quelle dei manichi dei forcipi comuni. La loro

(1) *Balocchi* Manuale completo di Ostetricia 1856 e Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna. Serie 4.ª Vol. 5.° 1856.

(2) Bullettino delle Scienze Mediche 1863.

larghezza maggiore che notasi verso l'articolazione, fig. 1.ª c, è di due centimetri, e diminuisce sensibilmente nel discendere andando a finire in due uncini simili a quelli dei forcipi comuni, fig. 1.ª *d d*. Ambidue questi uncini però presentano un rialzo, fig. 1.ª *e e*, che obbliga i manichi a rimanere esattamente in questa posizione e a non deviare menomamente in senso opposto.

Ho data ai manichi la lunghezza di 20 centim., ritenendo che sia meglio che pecchino un pochino in lunghezza, di quello che siano molto corti, come alcuni preferiscono, giacchè i manichi un po' lunghi offrono facile presa alla mano, e ciò è assai utile in quei casi ne' quali occorre esercitare sui medesimi forte presa, e quando fa d'uopo applicare il forcipe in alto. D'altronde poi, se non sono di smisurata lunghezza, rimanendo essi fuori delle parti generative, non potranno mai arrecare alcun danno alla donna.

L'articolazione, che è quella la quale forma il maggiore perfezionamento di questo forcipe, è composta nel seguente modo. La branca maschio, come già dissi, presenta due perni, fig. 3.ª *a a*, i quali sono fissi sopra un medesimo asse, fig. 3.ª *b*, che rimane abbracciato da un' adatta rotonda apertura esistente nel mezzo della branca femmina, fig. 4.ª I due perni hanno la forma di coni tronchi, fig. 3.ª *a a*, le di cui basi girano sopra i piani della stessa branca femmina.

Questi perni nel loro apice hanno due pallette di forma ovale, fig. 3.ª *c c*, sì l'una che l'altra di queste pallette può penetrare nella fessura della branca femmina, fig. 4.ª, fig. 5.ª, e si possono fissare sulla medesima.

La fessura che osservasi nella branca femmina è longitudinale, ed è di 22 mm. per 7 mm. Verso il suo terzo superiore, e nella sua faccia posteriore, presenta un' incavatura a forma conica, che si approfonda nella spessezza della branca colla base od apertura maggiore posteriormente, fig. 4.ª *a*, coll'apice troncato anteriormente, fig. 5.ª *a*, destinata a ricevere il perno anteriore. La suddetta fenditura quadrangolare,

anteriormente, e verso il suo terzo inferiore, fa mostra di un' altra incavatura parimenti a forma conica, fig. 5.ª *b*, colla base anteriormente onde potervi insinuare l' altro perno della branca maschio ossia il posteriore, allorquando per la prima viene introdotta la branca femmina. In seguito di questa particolare conformazione della fenditura risulta, che quando il perno anteriore entra nella medesima posteriormente, trovando ivi tutta la facilità ad insinuarsi nell' ampio incavo che la fenditura presenta in alto, vi penetra con tutta speditezza, e così si ottiene, girata che sia la palletta del perno colle dita, o colla chiave, fig. 6.ª, onde rendere ferma l' articolazione, che le due estremità delle cucchiaie si mantengono al medesimo livello. Quando poi il perno posteriore si insinua nella fenditura anteriormente, ossia dall' avanti all' indietro, trovando allora in basso la fenditura ampiamente incavata, vi penetra del pari con tutta facilità, ed in tal modo, serrata che sia l' articolazione, si ottiene che le due cucchiaie si conservano pure alla medesima altezza.

Acciocchè poi le due cucchiaie rimangano ancora, tanto nell' un caso quanto nell' altro, sia anteriormente che posteriormente, al medesimo livello, ambedue le branche in corrispondenza all' articolazione sono assottigliate nella loro faccia anteriore ed interna per circa la metà della loro grossezza.

Così costrutto il forcipe, attesa la forma particolare delle sue cucchiaie, delle intiere branche, e della loro articolazione, è permesso anche all' Ostetricante il men destro di applicarlo a qualsiasi altezza ancorchè l' orifizio uterino non sia completamente dilatato (1), di far sormontare colla maggiore

(1) La esperienza ha di già parecchie volte confermato agli Onorevoli Dottori *Belluzzi*, *Romei*, *Pilla*, ed a me stesso quanto utile sia, specialmente in alcuni casi, l' applicare un forcipe nel quale le cucchiaie alla loro estremità superiore siano foggiate nel modo superiormente descritto. Farò sopra ogni altra cosa notare, che permettendo le indicate cucchiaie di potere essere più facilmente insinuate attraverso la bocca uterina anche

facilità e sicurezza indistintamente una branca sull'altra, e di introdurre quindi, se vuole o se occorre, per la prima

non completamente dilatata, si può per questo parecchie volte nelle presentazioni del capo, allorchè non puossi frapporre indugio all'estrazione del feto, evitare operazioni più gravi, come sarebbe lo sbrigliamento multiplo del collo uterino. Lo stesso dicasi quando l'ostacolo al parto è indotto da una stenosi vaginale. Fra i varii casi di questo genere a me occorsi, in uno singolarmente potei confermare l'utilità che può ricavarsi da un forcipe in simile guisa costrutto (1).

Da dieci anni sterile sposa, benchè regolata mensilmente, ma con scarsezza tale da aver più presto ogni volta segni di catameni che veri catameni: e da sei mesi travagliata da gravi disturbi addominali, pel progressivo svilupparsi di una tumidezza intra-addominale occupante le regioni inferiori, e omai giunta da esse a sorpassare all'insu la ombelicale: soprappresa d'improvviso da forti dolori, ritenuti colici e come tali inutilmente curati, volle essa, passate parecchie ore di patimenti, sentire un consiglio da me, e seppi che in questo periodo di tempo era venuta soffrendo frequenti le nausee, le eruttazioni, i dolori alle coscie, la difficoltà di muoversi e altri svariati fenomeni nervosi; e subito fattomi ad esaminare la tumidezza da cui si temea prodotta la malattia, la trovai di forma ovoide, dall'ombelicale insinuantesi sotto la regione pubica, ed emulante nelle apparenze sensibili e nel volume un utero appunto in sesto mese di gestazione. La qualità dei dolori che teneano delle contrazioni uterine in travaglio di parto, il tempo delle sofferenze rispondente a quello del volume dell'utero in tal'epoca di gestazione, la turgidezza delle mammelle, i fenomeni generali indicati, e la forma della tumefazione, confermandomi pur nel sospetto di gravidanza e di minacciato parto prematuro, dichiarai indispensabile un'esplorazione vaginale. Ma benchè a ciò non si rifiutasse l'inferma, mi volle però essa avvisato dell'impossibilità di quanto da me si dubitava, perchè la conformazione di sue parti genitali interne, dietro a ciò che l'avea assicurata un altro chirurgo, era tale da non poter permettere non solo il parto ma neppure la fecondazione; e diffatto non avea potuto essa giammai prestarsi agli uffici matrimoniali che incompletamente per ostruzione dell'ambito vaginale. Ciò non ostante ponendomi a mente altri fatti singolari di atresia osservati, e la naturale disposizione dell'ostio vaginale

(1) Bullettino delle Scienze Mediche, Febbraio e Maggio 1851.

tanto la branca maschio quanto la femmina, senza aver giammai bisogno di scrociare i manichi, e senza che venga

notato intatto in certe giovani realmente incinte, e gl'insegnamenti intorno a ciò dei fisiopatologi, e soprattutto ricordata la circostanza della regolare ricorrente benchè stentata menstruazione, io vedea sempre più la necessità della esplorazione delle parti. Passato quindi ad eseguirla, nelle esterne nulla trovai di innormale, e normali rinvenni ancora le forme pelviche esteriori della donna; ma inoltrando per la vagina l'indice, all'altezza d'un pollice circa, riscontrai l'atresia: e per quanta diligenza e delicatezza ponessi pure per assicurarmi se esistesse qualche foro o piccola apertura, nulla vi trovai, e sentii finire la vagina in un cul di sacco, di pareti dure e tenaci. Benchè da questa esplorazione quasi risultasse ineccepibile la completa atresia vaginale, ciò nondimeno prima di stabilire che la menstruazione non mancata giammai fosse una menstruazione vaginale senza più, o a ben rassicurarmene, passai all'uso dello specolo, e per esso scoprii nel mezzo del cul di sacco medesimo un piccolissimo pertugio, tale che vi potei introdurre un sottilissimo specilletto; sospingendo innanzi il quale scoprii un seguito di canale, probabilmente quello della vagina. Il quale risultamento confermò in tal qual modo il sospetto di gravidanza, mostrando essere stata possibile nella donna la fecondazione. Reintrodussi quindi lo specillo, già tolto fuori, e dietro ad esso con qualche po' di forza una tenta scannellata e ritirato il primo sottile specillo ne introdussi un più grosso; allora allontanando con prudente violenza le estremità dei due strumenti, fermi tenendoli ed appuntati l'un contro l'altro nelle estremità introdotte già nel pertugio, a guisa di farne una leva, cercai di allargare il foro per insinuarvi tramezzo loro il dito: ma ciò non essendomi stato possibile mi vidi nella necessità di far dei tagli nel cul di sacco; e però due incisioni praticai laterali, a destra e a sinistra del pertugio per la profondità di una linea, colla scorta della stessa tenta, mediante un bistorino bottonato. Di tale maniera mi riuscì di poter spingere entro il foro l'indice, col quale di fatto penetrando nella restante porzione di vagina, scoprii il collo dell'utero, attraverso la bocca del quale facea sporgenza la borsa delle acque. La qual cosa ognun vede di quanta importanza e utilità mi fu, poichè mi confermò quella tumidezza essere costituita dall'utero gravido, e i dolori essere dipendenti dalle contrazioni di lui il quale cercava sbarazzarsi di ciò che dentro conteneva. Rotto il sacco delle acque, e ulteriori contrazioni uterine succedute essendo, si presentò colle natiche il feto, colle quali discese fino contro il punto di vagina ristretto. Ad ampliare il quale punto non

per nulla tolto alla bellezza, simmetria, semplicità, e robustezza dello istrumento.

Siccome poi alcuni ostetrici alla articolazione a perno antepongono quella ad incastro, così perchè del mio forcipe possano egualmente approfittare ne ho fatti costruire con una articolazione in simile guisa formata, fig. 7.ª, ed alla quale ho data la preferenza, come vedrassi più innanzi, nel mio cefalotribo.

servendo le pressioni che esercitavano le natiche contro il medesimo a mano a mano che le contrazioni uterine ripetevansi, ritenni perciò indispensabile d' allargare l' apertura mediante la graduale introduzione delle dita della mia mano destra fatta con molta dolcezza, insinuandole una dietro l' altra. Con che potei pure molto facilmente afferrare i piedi del feto incrocicchiati al davanti delle natiche, farli uscire dalla vulva e permettere al tronco, con facilità, di discendere. Le braccia furono con qualche difficoltà disimpegnate col processo che d' ordinario si pratica nel parto agrippino artificiale, per cui non rimanea più che ad estrarre la testa. Ma qui le ordinarie manovre riuscirono insufficienti: ed il feto essendo già da non breve tempo morto, onde ottenere con facilità l' escita della testa, ne apersi il cranio alla base onde venne poi estratta colla massima facilità. Dopo di ciò gl' inviluppi del feto naturalmente escirono. Proceduto poi di seguito regolare il puerperio, allora consigliai all' inferma di sottoporsi ad una cura meccanica di dilatamento, onde impedire il coalito delle parti tagliate, e la ripristinazione del restringimento, o della incompleta atresia. Ma non volle la donna a questa cura prestarsi; motivo per cui si rinnovò l'atresia rimanendo però più ampia l' apertura. La donna rimasta di nuovo incinta l'anno appresso, la gravidanza essendo giunta al termine. si risvegliò regolare travaglio di parto, il feto si presentò nella prima posizione del vertice, ma non potendo da sè allargare la ristrettezza vaginale e aprirsi la strada attraverso di questa, fui costretto, dopo aver convenientemente dilatata l' apertura colle dita, di applicare il mio piccolo forcipe (1), e così compiere il parto. Dopo il quale tornò di nuovo la vagina a restringersi e la donna non rimase più incinta.

(1) Vedi la mia lettera al Prof. *Maisonneuve* sulla estrazione dei polipi dall' utero, ove in una nota è indicato colle mie ultime modificazioni.

Volendo applicare il forcipe, seguo nella introduzione delle cucchiaie quelle regole e cautele che vengono dagli autori indicate e le colloco ai lati della pelvi in qualunque modo si trovi la testa, non essendo per me notevole inconveniente il prenderla dalla faccia alla nuca, invece che da una tempia all'altra. Non disprezzo però le applicazioni obblique quando il capo fetale sia disceso nella escavazione. Allo stretto superiore applico talora il forcipe con una sol mano, riescendo d'incomodo introdurre la seconda quando una branca dello strumento occupa già la vagina.

Preferisco poi di mettere la operanda alla sponda di un letto e colle coscie divaricate, perchè collocatomi a lei davanti ciò mi permette di eseguire le applicazioni di forcipe le più difficili senza cambiar di posto; perchè così mi riesce agevole nell'ultimo periodo della escita del capo fetale dai genitali, il sostenere il perineo, applicando la sinistra mano all'orlo vulvare, mentre colla destra innalzo i manichi dello strumento onde disimpegnare del tutto il capo. In quest'ultimo periodo poi le trazioni le faccio molto lente, e non levo le branche del forcipe per lasciare alla donna l'ultima espulsione del feto, persuaso che così agendo sarebbe un esporre a pericolo maggiore la di lui vita.

Il forcipe lo applico quasi esclusivamente sulla testa, mentre la sua collocazione sulle natiche pressochè mai la trovo necessaria. Se le natiche sono alte, faccio il parto agrippino artificiale qualora circostanze imperiose addimandano la terminazione del parto stesso; limitandomi però quasi sempre a fare le trazioni su di un arto inferiore soltanto ed uncinando coll'indice l'inguine del lato opposto; quando poi le natiche sono impegnate, allora in alcuni rarissimi casi applico l'uncino ottuso all'inguine ove non riesca uncinarle col dito.

Finalmente do la preferenza ad un forcipe retto costrutto sui medesimi principii in ispecial modo nelle presentazioni della faccia del feto a mento posteriore, e nelle occipito-posteriori del vertice, quando la natura essendo impotente, sia

necessario operare il moto di rotazione nella escavazione. Il Dottor *Romei* nel fascicolo di Settembre 1867 del nostro Bullettino delle Scienze Mediche inserì il seguente articolo che conferma l'utilità di simile applicazione.

L'onorevole Collega ed amico Dott. *Cesare Belluzzi*, Direttore e Medico Ostetrico distintissimo all'Ospizio della Maternità di Bologna, riferì nel fascicolo di Maggio e Giugno 1867 del nostro Bullettino che il Prof. *Rizzoli* trovandosi ad assistere una partoriente, nella quale il feto si presentava col vertice in posizione occipito-posteriore, protraendosi eccessivamente il travaglio senza che la testa fetale mostrasse tendenza alcuna ad eseguire il movimento di rotazione, e la donna non potendo più sopportare la penosa sensazione indotta dalla pressione che esercitava la testa contro il perineo, per facilitarne l'espulsione spontanea pose la partoriente sui gomiti (1) e sulle ginocchia nel qual modo il parto terminò con sollecitudine. Lo stesso Dott. *Belluzzi* poi aggiunge che avendo il *Rizzoli* già proposto in alcune presentazioni del capo, fra le quali le anzidette, allorchè la testa è discesa nell'escavazione e natura è insufficiente a compiere il parto, di passare all'applicazione del suo forcipe retto tenendo la donna nell'indicato atteggiamento, od invece di convertire col medesimo le indicate posizioni in occipito-anteriori, e dopo averle così ridotte di compiere ancora all'occorrenza l'estrazione del feto, invitava per questo i pratici a fare simili esperimenti ed a comunicarne i risultati. Laonde a viemmeglio confermare l'utilità Clinica che può derivare da questa pratica applicazione mi determinai di seguirla all'opportunità, e ciò specialmente pel riflesso che in genere nelle presentazioni occipito-posteriori o mento-posteriori non ridotte colle forze della natura, se l'espulsione del feto si compie mantenendosi le medesime nella stessa posizione, d'ordinario ne sussegue la morte del feto nell'atto del parto o poco dopo, od hanno luogo lacerazioni e contusioni più o meno gravi del perineo e degli organi genitali esterni della partoriente, e da ciò inconvenienti successivi più o meno temibili.

Pertanto la mattina del giorno 23 Agosto dell'anno istesso alle ore sette circa, essendo stato chiamato in via Cartoleria Nuova N.° 619 ad apprestare la mia assistenza ad una giovane sposa che da molte ore trovavasi in travaglio di parto, seppi che la medesima era dell'età di anni

(1) Il *Rizzoli* da lungo tempo in alcuni casi ha del pari fatto porre le donne in travaglio di parto in questa posizione onde praticare nelle medesime più agevolmente la versione del feto pei piedi.

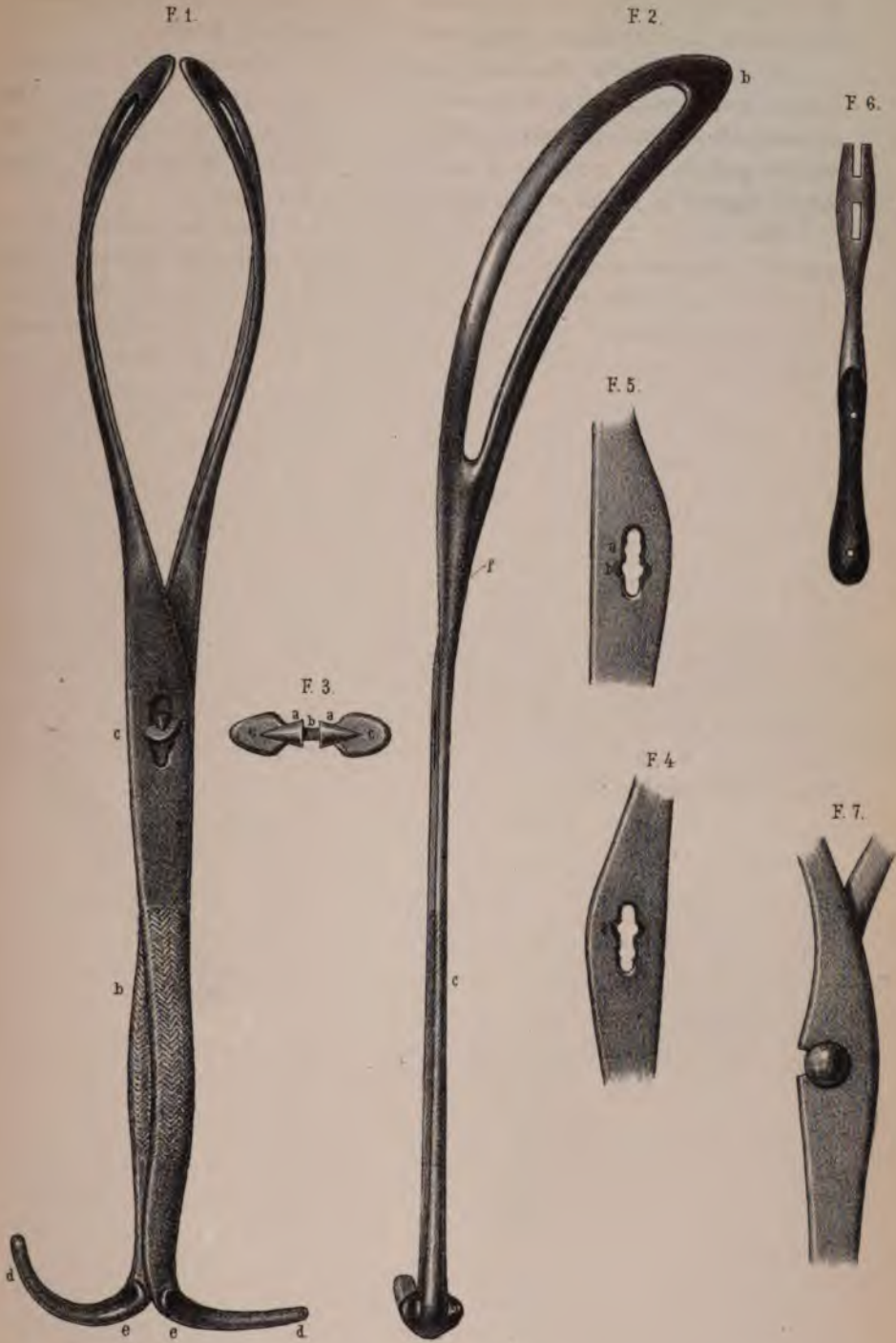
29, e primipara, la trovai abbastanza robusta, ed in preda a doglie uterine strazianti, ed appresi altresì dalla Levatrice che da otto ore circa erano colate spontaneamente le acque amniotiche, e che la testa fetale poco dopo discesa nell'escavazione, non aveva più subìto alcun sensibile avanzamento. Fatto da me il riscontro vaginale, e diagnosticata la presenza del vertice in posizione occipito-posteriore, senza che il collo dell'utero l'avesse completamente abbandonato, e notato avendo che il collo dell'utero stesso in un col suo corpo erano alquanto duri e caldi, per questo prescrissi un salasso dal braccio, dopo di che con lievi movimenti tentai colle dita della mia mano introdotta in vagina di ridurre la posizione posteriore dell'occipite in anteriore non ommettendo di collocare la donna sulle ginocchie e sui gomiti per agevolare il parto; ma ciò essendo al momento riescito infruttuoso, e d'altronde dopo un'ora circa la testa del feto conservandosi nella presa posizione, si fu perciò che mi decisi alla applicazione del forcipe retto del *Rizzoli*, ed amai che esso stesso fosse presente onde coadiuvarmi de' suoi consigli. Il Prof. *Rizzoli* infatti accudì alle mie brame, confermò che la testa era completamente discesa nella escavazione in posizione occipito-posteriore e dichiarò esso pure che questo era uno dei casi in cui poteva esperimentarsi l'applicazione del suo forcipe retto. Ora per essere breve dirò che posta la donna alla sponda del letto nel modo consueto introdussi separatamente le branche del forcipe ai lati della testa del feto senza alcuna difficoltà, variando solo un poco la maniera ordinaria di introdurre le cucchiaie in causa d'essere le medesime rette, e dopo averle articolate nel solito modo, non facendo i manichi del forcipe alcuna pressione sulla forchetta, imitando il meccanismo di natura quando cambia queste posizioni in anteriori, impressi a gradi al forcipe un movimento di trazione e di rotazione da sinistra a destra ed in modo da fare percorrere al capo del feto una marcata spirale.

Così guidando il forcipe evitai di urtare colla estremità delle cucchiaie contro la parte alta e sporgente in avanti del sacro, e non trovai perciò inciampo alcuno al compimento della operazione, mediante la quale fu facile portare l'occipite al dissotto del pube, e con un movimento di elevazione dei manichi del forcipe disimpegnare in totalità il capo dalle grandi labbra. Escita la testa, il funicolo essendo con tre giri attortigliato attorno al collo del feto, con un colpo di forbice lo troncai dopo di che sortì il feto senza stento; la secondazione fu spontanea e senza incidente alcuno, il feto era maschio. Desso era vivo, molto sviluppato e robusto, e del peso di kilogrammi 3 e gram. 50, il suo capo segnava nel diametro mento-occipitale centim. 14 e mezzo, nel fronto-mentale centim. 9, nel biparietale centim. 9 e mezzo. Nessuna lesione era avvenuta nella cute della testa fetale per la pressione delle cucchiaie del forcipe: ed esaminata

la donna negli organi genitali esterni veruna lacerazione vi si rinvenne. anzi anche la commessura posteriore della vulva era intatta.

Ed ecco un fatto che credo valga di molto a confermare l'utilità del forcipe retto del *Rizzoli* nei casi da Lui contemplati cioè a dire nelle presentazioni mento-posteriori della faccia, nelle occipito-posteriori del vertice quando sia mancato il movimento naturale di rotazione, e per giuste ragioni si debba venire alla estrazione del feto.

Che se però taluno mi facesse notare che l'uso del forcipe retto è antico, e che anzi migliorato dallo *Smellie* potè essere di frequente posto in pratica con buoni risultati, io aggiungerò che in allora quando occorreva l'applicazione del forcipe veniva col medesimo fatta indistintamente nelle diverse presentazioni e posizioni del capo, ed in causa di ciò si rendeva in alcuni casi od insufficiente o pericoloso, e per questo venne il medesimo abbandonato per dar luogo alla costante applicazione del forcipe a doppia-curva. Ma il *Rizzoli*, disapprovando la condotta dei moderni d'averlo posto del tutto in dimenticanza e ritenendolo invece in alcuni casi preziosissimo, nel richiamarlo in onore lo volle però riserbato soltanto ai casi da lui contemplati, nei quali la sua applicazione è veramente razionale, e per facilitarne l'uso lo fece costruire sui principii del suo forcipe. per cui oltrechè la sua forma è assai elegante, si può in pari tempo articolare colla massima facilità qualunque sia la branca che per la prima viene applicata, e lo volle leggiero ma nel medesimo tempo di quella robustezza che potesse permettere all'ostetrico di eseguire validi e gagliardi movimenti, senza tema di portare lesioni al capo del feto, ed agli organi generativi della madre.

Tav. XX.

O. Nannini dis.^e

Lit. G. Wenk.

ISTRUMENTI OSTETRICI

PER

LA FETOTOMIA

I miei Preclari colleghi. Dottor *Cesare Belluzzi* e Dottor *Giovanni Pilla*, per un tratto di loro singolare cortesia nel presentare alla nostra Società Medico Chirurgica (1) i miei nuovi istrumenti per eseguire la fetotomia, non si limitarono semplicemente a descriverli, ma indicarono nel tempo stesso le circostanze che indurre doveano nei singoli casi a preferire l'uno piuttosto che l'altro, acciocchè assai meglio si potesse riescire a conoscere l'utilità delle loro rispettive applicazioni. Stimando io ben fatto lo attenermi alla stessa maniera di esposizione, comincerò per questo a dire della craniotomia eseguita sulla volta del cranio.

Riconosciuta che io abbia la necessità di questa operazione, per compierla mi valgo d'un craniotomo, Tav. 21.ª, fig. 1.ª, il quale è lungo 28 centimetri, nel suo estremo superiore termina con due robuste lame triangolari taglienti al loro margine esterno, fig. 1.ª *a a*. le quali sono lunghe cinque centimetri e un pochino ricurve sul piatto verso la loro punta,

(1) Bullettino delle Scienze mediche 1867

fig. 1.ª *b*. Alla loro base, fig. 1. *c c*, misurano ambedue un centimetro in larghezza e presentano un rialzo che loro serve di termine, fig. 1.ª *d d*, mediante il quale oltrechè si ha un indizio sicuro della profondità cui colle lame si è giunti entro il cranio, si è resi pur certi nell'atto che allargasi l'apertura in esso fatta, di non ferire colle lame stesse qualsiasi parte importante materna.

Volendo adunque servirmi di questo craniotomo, colla scorta di un dito posto contro una fontanella od una sutura del cranio fetale, vi infiggo gradatamente la punta delle lame, nella direzione che a ciò meglio si presta, ed allontanando i manichi le scosto in modo da costituire un'apertura craniale tale da permettere al cervello di escirne con libertà, dopo di che ritiro il craniotomo ed affido alle contrazioni uterine, se sono vivaci, la espulsione del feto.

Qualora però nello accingermi a questa operazione rilevo che mancano o sono fiacche le contrazioni della matrice, in allora da prima applico il mio forcipe a seno ristretto ai lati della testa del feto, poi col cefalotomo apro il cranio, indi comincio ad operare le trazioni in guisa che il cervello ne esca a poco a poco, nel qual modo il forcipe non lascia la presa, e la testa tanto più facilmente viene estratta.

Se poi malauguratamente la testa dal forcipe sfuggisse, ritengo ben fatto il tentare l'applicazione della mia pinzetta tiratesta. È dessa, Tav. 21.ª, fig. 2.ª, lunga 38 centimetri dei quali 15 appartengono alle branche. Queste si articolano in prossimità dei manichi a guisa del forcipe, una di esse è destinata ad entrare nella cavità aperta del cranio ed è un pochino incurvata, fig. 2.ª *a*, l'altra è maggiormente ricurva e sormonta la prima senza toccarla, fig. 2.ª *b*. I manichi terminano con due grandi occhielli ovali, in uno dei quali si articola una lamina di acciaio pertugiata, fig. 2.ª *c*, che può essere fissata in un perno posto alla estremità dell'occhiello dell'alta branca, fig. 2.ª *d*.

Questa pinzetta poi si applica introducendo da prima la branca più corta entro il cranio fino contro la sua base, e l'altra allo esterno, in modo da potere stringere fortemente la base istessa. Articolate e fissate queste branche mediante la lamina d'acciaio pertugiata posta agli occhielli dei manichi, fig. 2.ª *c d*, la presa del cranio, essendo allora validissima, ponno perciò eseguirsi sul medesimo così vigorose trazioni da portarlo fuori con molta facilità. Colla pinzetta istessa potendo altresì cangiarsi i punti di presa, ciò torna veramente utile allorchè occorra pure correggere viziose direzioni assunte dal capo.

I punti ossei su cui la medesima agisce essendo i più forti del cranio, si evita ancora l'inconveniente proprio di altri consimili istrumenti, di stracciare cioè i molli tessuti o d'asportare qualche osso del cranio isolatamente. Ciò diffatti avviene servendosi del cranio-claste di *Simpson*, delle tanaglie dentate di *Mesnard*, o di quelle di *Van-Huwel*.

Supposto però che anche in simile guisa riescire non si potesse a fare discendere la testa del feto, e ciò derivasse dal trovarsi la medesima così alta da non potere agire su d'essa con quella facilità e sicurezza che è necessaria per bene abbrancarla, in questo caso, aperto essendo il cranio, faccio la versione podalica.

Che se nel praticarla, condotto un piede in vagina scivoli dalla mano sicchè occorra ripetere le manovre più volte onde cercare colla mano istessa di portarlo fuori dalla vulva o di applicarvi un laccio, mi appiglio invece per afferrarlo ad appositi istrumenti. Uno di questi consiste in una lunga pinzetta, la quale è simile a quella che di poi seppi pure proposta dal *Van-Huwel*. Ma sebbene io al pari di lui non tardassi a trovare nella medesima alcune pecche, non volli però abbandonare il pensiero di provvedere in miglior modo al bisogno che la pratica sentiva d'un mezzo di questo

genere e ne rinvenni un altro che sembravami molto più adatto (1).

Questo istrumento consiste in un fusto cavo di acciaio, lungo circa centimetri 30, Tav. 21.ª, fig. 3.ª *a*, entro il quale scorre un'asta pure d'acciaio, che è messa in giro da apposito congegno applicato al manico dell'istrumento, fig. 3.ª *b*, *c*. All'estremità superiore dell'asta vi è un mezzo anello d'acciaio fisso ad angolo retto, fig. 3.ª *d*, mentre un altro mezzo anello, fig. 3.ª *e*, è fisso sull'asta, in modo che girando questa si apre l'anello o si richiude a volontà.

Quest'anello, come è facile comprendere, è appunto destinato ad afferrare il piede del feto in quei casi di rivolgimento non rari nei quali il piede stesso condotto colla mano verso la bocca dell'utero o nella porzione alta della vagina da essa mano sfugge. Per ottenere però che la presa fatta dall'istrumento descritto non fallisca, è bene involgere gran parte dell'anello indicato con una fetuccia. Ed ora che la gutta-percha rende tanti servigi alla meccanica chirurgica, ritengo che potrebbesi mettere a profitto per involgere l'anello stesso, rendendolo così soffice, nel qual modo si adatterà tanto meglio alla regione sopramaleolare della gamba, che deve afferrare.

Posso assicurare di averlo già adoperato vantaggiosamente nei casi indicati; ma oltre a ciò lo credo talora utile anche per riporre il funicolo prolassato, e il Dott. *Belluzzi*, lo ha trovato adatto altresì per respingere la mano o l'antibraccio, allorchè ponendosi davanti al capo del feto nelle presentazioni del vertice, rendesi perciò il parto o difficile od impossibile.

Ogni qualvolta però introdotta la mano entro l'utero per eseguire il rivolgimento del feto, i piedi si trovino a tale altezza da non poterli di guisa alcuna afferrare, io do mano ad un altro operatorio processo.

(1) *Balocchi*. Manuale di ostetricia.

Chiamato non pochi anni or sono dal mio amico e collega Dottor *Rasi* nel Comune di S. Lazzaro per soccorrere una donna che non poteva partorire, esaminatala, la si trovò bene conformata; e col riscontro vaginale si conobbe pure che il feto era acefalo, e che la causa per la quale non poteva essere espulso, ad onta che le contrazioni uterine fossero gagliardissime, era attribuibile all' enorme sviluppo del suo tronco. La testa per la sua piccolezza e per la mancanza di buona parte di cranio, non potendo essere convenientemente afferrata dal forcipe o dal cefalotribo, e la versione podalica non essendo eseguibile, perchè la matrice era fortemente contratta ed addossata sul tronco del mostro e non permetteva di spingere l' intiera mano tanto in alto da poter afferrare i piedi, mi determinai perciò di ricorrere all' applicazione degli uncini. Ma per esperienza conoscendo quante difficoltà e pericoli si incontrino ad infiggere gli uncini acuti sul cranio aperto, e quante volte i medesimi si mostrino insufficienti, pensai perciò di applicarne piuttosto uno ottuso all' ascella. Insinuate quindi nell' utero con dolcezza le dita che mi dovevano servire di scorta, potei allora senza molta difficoltà, e quantunque il tronco del feto pel suo enorme volume non avesse potuto impegnarsi profondamente nello stretto superiore, applicare l' ottuso uncino all' ascella, dopo di che tanto io quanto il Dott. *Rasi* facendo sul medesimo delle forti e regolari trazioni giungemmo, sebbene con molto stento, a superare l' ostacolo che la pelvi opponeva alla discesa del mostro ed a liberarne la donna, la quale non ebbe di poi nulla a patire. Esaminato quel mostro (che io depositai nel Museo Ostetrico di questa Università in allora da me diretto) si vide che, attesa la forza esercitata coll' uncino sull' ascella, i tessuti che la costituivano erano rimasti profondamente interrotti. Ad evitare quindi questo sconcio, quando in casi consimili, o dopo avere aperto il cranio, non rimarrebbe altra risorsa per fare discendere il tronco del feto che appunto quella di ricorrere agli uncini antepongo al loro

uso un processo operatorio molto più semplice e sicuro, il quale mi corse alla mente nel compiere quella operazione.

E diffatti nell'eseguirla che feci, e nell'applicare l'uncino all'ascella, conobbi che quantunque esistessero notevoli sproporzioni fra l'ampiezza della pelvi e l'enorme volume del feto, pur tuttavia essendo il cranio aperto, occupando in parte soltanto lo stretto superiore, e mancando di buona porzione di cervello, agevole ne riesciva l'applicazione dell'uncino, specialmente perchè le dita di una mia mano potevano essere senza molto stento insinuate entro la matrice, a tale altezza da riescire a dominare debitamente il braccio, e l'ascella.

La quale cosa mi ammonì che in consimili casi o quando la craniotomia, essendo indicata, è già stata eseguita, val meglio invece di applicare gli uncini lo approfittare dello spazio ottenuto mediante la craniotomia, per afferrare a dirittura colle dita insinuate entro la matrice un braccio del feto e portarlo in vagina, e ciò fatto eseguire altrettanto sull'altro; nel qual modo mentre si diminuisce la massa fetale che è tuttora rinchiusa nella matrice, mantenendosi poi la rotta o schiacciata testa fra le braccia distese, riesce facile (dopo averle afferrate colle mani o con lacci), mediante regolari trazioni il farla ulteriormente discendere dallo stretto superiore, e trarla fuori in un col tronco dalle esterne parti generative.

La esperienza avendomi anche di recente in un caso molto grave, confermata l' utilità di questo processo, ho creduto di non dovere omettere di raccomandarlo, affinchè ne possano trarre profitto specialmente quei Chirurghi che, attesa la loro modesta posizione, non si trovano al possesso di copiosa serie di ostetrici istrumenti il quale processo poi parmi non debba pure essere obbliato da coloro che hanno molta perizia nei parti.

Finalmente se la cagione per la quale la testa che per la prima si presenta non può essere tratta direttamente in

basso dal forcipe a seno molto ristretto, dalla mia pinzetta, o da altri istrumenti di eguale azione, è riferibile alla sproporzione che esiste fra il cranio del feto già aperto e l'ampiezza della pelvi, in questa gravissima circostanza, o mediante una grande trivella rompo ancora la base del cranio di esso feto, o molto meglio ricorro immediatamente al mio cefalotribo.

Questo strumento, Tav. 21.ª fig. 4.ª, è composto di due branche di acciaio e di un apparecchio di compresssione. Quando è articolato e chiuso, le estremità superiori delle cucchiaie si toccano: l'apertura maggiore del seno, che trovasi circa alla metà delle cucchiaie, fig. 4.ª *a*, è di centimetri 3 e 3, che giunge poi a centimetri 4 e 2 se in detta misura si comprende la grossezza delle cucchiaie medesime: la lunghezza del seno è di centimetri 18. La curva nuova è tale, fig. 5.ª, che adagiato lo strumento co' suoi manichi su di un piano orizzontale, l'apice delle cucchiaie s'innalza sopra di esso piano centimetri 10 e 3. — Una robusta vite retta che termina in un' impugnatura a *T*, fig. 4.ª *b*, coperta di legno o d'avorio, costituisce l'apparecchio di compressione: essa vite è lunga centimetri 17, ma raggiunge i 25 centimetri se vi si comprendono, misurando, l'altezza dell'impugnatura, il pezzo arrotondato che a lei fa seguito, ed il bottone in cui la vite termina.

Le due branche, che continuerò a chiamare coi nomi di maschio e femmina, presentano verso la metà della loro lunghezza l'articolazione, la quale per la branca maschio è costituita da un doppio perno, fig. 5.ª *c*, *d*, formato da due robusti gambi che terminano tanto al dissopra quanto al dissotto con un bottone. Questi due gambi trovansi in corrispondenza del terzo interno col terzo medio della larghezza della branca maschio: sono di eguale forma e volume e non differenziano fra loro che nel punto ove sono impiantati, essendo il posteriore, fig. 5.ª *c*, un po' più alto dell'altro, fig. 5.ª *d*, ossia maggiormente verso la cucchiaia, e ciò perchè la

branca femmina passando sotto l'altra branca possa coll'estremità della cucchiaia giungere al livello dell'altra. L'articolazione nella branca femmina è all'alemanna, fig. 4.ª *e*, consta cioè di un'apertura, lunga centimetri 1 e 6, larga millimetri 8, che trovasi al margine esterno della branca, ed è destinata a ricevere l'uno o l'altro perno a norma della branca che s'introduce per prima.

Dalla parte media del bottone superiore, o perno della branca maschio, dirigendosi verso l'estremità superiore del cefalotribo, si prolungano per 7 centimetri i manichi, fig. 5.ª *f*, i quali, da 4 centimetri di larghezza che presentavano nel sito dell'articolazione dello strumento, ove detta larghezza è al massimo, trovansi ridotti dopo tal tratto a quella di 2 centimetri scarsi, fig. 4.ª *g*, per convertirsi nelle cucchiaie che sono finestrate pel tratto di centimetri 10 e 8. Le medesime sono lunghe, misurate che siano in linea retta, centimetri 18 e 5; la loro larghezza massima è di centimetri 3 e 8, e terminano restringendosi alquanto, fig. 5.ª *h*.

I manichi, dal centro dell'articolazione alla loro estremità inferiore, misurano centimetri 25: hanno una direzione retta a forma piatta con margini rotondati, di guisa che, quando l'istrumento è chiuso, l'un manico sormonta l'altro e così occupano pochissimo spazio: nel discendere diminuiscono sensibilmente in larghezza, per finire poi ambidue in un modo diverso, giacchè il manico della branca maschio termina in un anello che abbraccia un doppio bariletto, fig. 5.ª *m m*, il quale forma un angolo retto col manico medesimo. Questi due bariletti, fig. 5.ª, possono ruotare sul loro proprio asse, e presentano entrambi un foro destinato a ricevere la vite di cui sopra facemmo parola, fig. 5.ª *n n*. Il manico della branca femmina, fig. 4.ª, giunto alla sua estremità inferiore, ripiegasi ad angolo pressochè retto per un tratto di 2 a 3 centimetri, indi si ripone in direzione longitudinale foggiandosi a forchetta, fig. 4.ª *h*, la di cui apertura guarda in basso, e nella quale si insinua, fig. 4.ª *l*, la vite che scorre

in uno dei due fori del doppio bariletto, fig. 4.ª *i*, e ciò in relazione della branca che per la prima venne applicata, la quale vite trovando un punto d'appoggio nel lato esterno della forchetta, ne risulta, che facendola agire si ravvicinano con eguale forza ed eguale progressione le due branche, fig. 4.ª

Il cefalotribo che ho or ora descritto ha perduto molto della sua primitiva pesantezza e del suo grande volume. Presentemente nel suo assieme rassomiglia moltissimo al mio forcipe, e com'esso, riesce di facile applicazione, anche quando il caso speciale richiegga che per prima s'introduca la branca femmina. Il dubbio che poteva nascere si era, se così modificato, si fosse reso troppo debole per l'ufficio suo; ma gli esperimenti fatti nella Maternità alla presenza dei Medici addetti a quell'Ospizio mi hanno anche su questo rassicurato, essendo riescito, dopo avere aperto il cranio, a ridurre la testa colla massima facilità a piccolissimo volume, e senza che le ossa della volta del cranio si frangano, approfondandosi invece le medesime fra le branche, accartocciandosi e formando d'ordinario così nei punti compressi degli orli, piuttosto che delle scheggie, i quali poi rimangono coperti dalla pelle sovrapposta pressochè intatta, che li rende innocui alle parti generative materne. Oltre di ciò con esso cefalotribo son giunto, ed anche senza impiegare grande forza, a fratturare la base del cranio di feti a termine non solo dopo avere prima aperta la testa, ma anche lasciando la volta craniale intatta.

Craniotomia a tronco del feto già escito: Questa operazione ritenuta da alcuni Ostetrici assai ardua viene da me eseguita in modi diversi e per lo più assai facili. Cerco da prima una fontanella posteriore del cranio fetale; ivi impianto il descritto mio craniotomo che avendo la punta delle lame un po' ricurva permette di infiggervele con maggiore agevolezza. Divaricando i manichi dello strumento rimane dilatata perciò colle lame stesse l'apertura fatta, lacerato che abbia colle medesime il cervelletto, il tentorio, e il cervello in modo che possa

escire dalla craniale apertura, se occorre, col forcipe a seno ristretto, o con altri istrumenti più validi, come sarebbe il cefalotribo, compio l' estrazione della testa.

Non potendo penetrare in una fontanella posteriore o in una sutura, cerco sul cranio il punto più facilmente accessibile e vi impianto la punta del craniotomo, il quale giro circolarmente come si farebbe con una trivella, e così quasi sempre con facilità penetro nella cavità del cranio, e dopo avere allargata l'apertura fatta scostando le lame del cefalotomo porto fuori il capo del feto. Incontrando delle difficoltà a penetrare anche in tal modo nel cranio, fatto abbassare per quanto lo si può il tronco ed il collo del feto, impianto il craniotomo fra l'atlante e l' occipite, e penetro pel gran foro occipitale nella cavità craniale, allargo al solito la risultante apertura, e divido in varii sensi la massa encefalica. E se neppure ciò è fattibile, perforo la base dell' occipite colla mia piccola trivella.

Questo istrumento, Tav. 22.ª fig. 1.ª, è lungo in totale 18 centimetri, la trivella propriamente detta misura centimetri 2: 3, il diametro della sua base centimetri 2. Il manico, fig. 1.ª, è sagrinato per potere avervi una presa maggiore.

Preferisco questa piccola trivella alla grande del *Dugés* perchè nei parti agrippini, in cui il tronco del feto per la massima parte si trova entro la pelvi, l' Ostetrico non può farsi strada con sicurezza nella vagina per aprirne il cranio alla sua base se non se con uno strumento di piccole dimensioni. Così ridotta, la sua efficacia è incontestabile. Se poi la testa del feto siasi rialzata, si presenti col suo maggior diametro allo stretto superiore. ed occorra abbassarne il mento sul petto onde porla in buona direzione, se a ciò fare non giunga la mano, mi valgo allora di un piccolo uncino a punta ottusa, che dal suo uffizio chiamo uncino tiratesta.

Quest' uncino tiratesta, Tav. 22.ª fig. 2.ª, è formato di un'asta d' acciaio, fig. 2.ª *a*, fissa sopra di un manico; è della ordinaria lunghezza degli uncini ostetrici, la sua piccola

porzione ricurva che forma propriamente l'uncino si piega bruscamente ad angolo quasi acuto, fig. 2.ª *b*, e così la lunghezza dell'uncino riesce di centimetri 2, 5, la sua punta ottusa poi dista dall'asta centimetri 1, 7.

Per servirmene debitamente, lo impianto entro un'orbita procurando di abbracciarne l'orlo inferiore. Facendo delle trazioni sul manico coll'altra mano, ed aiutandomi ancora colle dita dell'altra posta sulla faccia del feto e che hanno servito di guida alla introduzione dell'uncino, abbasso il mento, e continuando in pari modo le trazioni rendo tanto più facile la escita del capo.

Decollazione del feto. Uno dei fatti più gravi che offrire si ponno all'Ostetricante si è quello della presentazione di una spalla con o senza escita del braccio quando siano colate le acque da non breve tempo, e l'utero si trovi fortemente addossato sul corpo del feto.

La versione, o la evoluzione cefalica o podalica spontanee, in questi casi non ottenendosi che eccezionalmente, l'ostetrico non può per questo farvi molto assegnamento, e deve quindi d'ordinario l'impotente natura aiutare. Allorchè l'artificiale versione podalica si renda impossibile, io adotto in generale i precetti del *Monteggia.* Peraltro quando il braccio è fuori, e la spalla trovasi contro una fossa iliaca, io pure faccio le trazioni sul braccio in basso, ma in direzione opposta alle natiche onde possano discendere più facilmente, se invece la punta della spalla non è posta contro una parte laterale del bacino, ma piuttosto vi si accosta l'ascella, ed ha luogo per così dire una presentazione del collo, esercito le trazioni sul braccio in direzione opposta a quella in cui rinviensi il capo per cercare se pure è possibile che questo discenda, o per potere tanto meglio agire sul collo del feto, e troncarlo. Qualora poi colla prima manovra non riesco a fare abbassare le natiche, invece di impiantare l'uncino acuto nel petto e nell'addome del feto, preferisco di agire colla mia tanaglia tiratesta, Tav. 21.ª fig. 2.ª, sul corpo del medesimo, colla quale

posso abbracciare ed abbassare il torace e l'addome, e così tentare di portar fuori il feto senza pericolo di ferire le parti genitali materne con istrumenti pungenti. E quando la evoluzione pelviana descritta non sia possibile, nè ci sia spazio sufficiente per dominare con sicurezza il collo onde troncarlo nei modi conosciuti, esercito delle leggiere e ripetute trazioni sul braccio o su ambedue le braccia del feto se si può giugnere ad afferrarle, e in questo modo procuro di ottenere, come mi è avvenuto, la lussazione ed il distacco della colonna cervicale. Altrimenti colle forbici curve nel piatto poste contro le parti molli del collo maggiormente accessibili e stirate in basso le divido, e col dito per l'apertura fatta lacero altresì le carni e giro attorno alle vertebre del collo e col medesimo tento staccarle, e se così non riesco ricorro all'uncino ottuso col quale allora tanto più facilmente si lussano perchè poste a nudo. Se poi il capo è molto alto, piuttosto che affaticarmi per giugnere al collo e dividere la colonna cervicale, ritengo più utile il trocare la colonna dorsale o lombare, nel qual modo afferrate che siano in debito modo le braccia, riesce di poi tanto più facile l'agire sulla testa di quello che non avvenga quando invece questa e separata dal collo o vi rimangono unite soltanto poche parti molli.

Se non che prima di accingermi alla divisione della colonna vertebrale, che si può fare con robusta forbice, o col mio fetotomo (1), antepongo di levare quanti visceri posso

(1) Questo istrumento consiste in un coltello a punta ottusa, Tav. 22.ª fig. 3.ª La lama è lunga centimetri 12 e larga un centimetro: il manico mostrasi della lunghezza di centimetri 13, ed è sagrinato acciocchè possa essere debitamente afferrato dalla mano. La lama nel suo margine tagliente, fig. 3.ª *a*, è ricoperta da una guaina, fig. 3.ª *b*, la quale mediante un bottone, fig. 3.ª *c*, può essere condotta entro il manico, fig. 3.ª *d d*, per quel tratto che si desidera rimanga tagliente la lama. Introdotto il coltello in vagina col tagliente ricoperto dalla guaina, viene esso posto contro la parte fetale che si vuole incidere: allora ritirata la guaina

dall'addome, o dal torace per aprirmi così dello spazio ed introdurre una mano nell'utero affine di giugnere ai piedi del feto ed operarne allora con facilità il rivolgimento. Per effettuare questo svuotamento, prendo il mio craniotomo, lo impianto in uno dei fianchi del feto, dilato ampiamente questa incisione aprendo le lame in varii sensi, estraggo i visceri dell'addome, e se occorre, anche quelli del torace, cercando però di risparmiare le costole, giacchè rotte che siano possono riescire di offesa alla mano dell'operatore e alla madre stessa, indi vado in cerca dei piedi che, atteso l'atteggiamento del feto, non sono d'ordinario molto lontani, e così opero il rivolgimento podalico.

In alcuni casi poi, nei quali la testa del feto fu staccata dal tronco appositamente, o ciò avvenne per una disgraziata eventualità, qualora se ne debba fare l'estrazione, in generale io dò la preferenza al mio craniotomo tiratesta che fu descritto dall'Onorevole Collega signor Dottor *Sarti Pistocchi* nel modo seguente (1):

Fra le molte difficoltà, ei dice, che si incontrano nell'uso dei più comuni tiratesta, una delle maggiori è senza dubbio l'impossibilità o almeno la malagevolezza di poterlo introdurre dentro la cavità del cranio del feto rimasto nell'utero, ne' tanti casi dove l'espulsione di esso cranio non puote aver luogo per sole le forze di natura, ed è pur d'uopo d'altronde portarlo fuori artificialmente per campare la vita dell'infelice paziente. E sia poi che questa impossibilità o malagevolezza dipenda dall'essere rimasta unita

quanto può occorrere perchè rimanga scoperto il tratto di tagliente che nella circostanza speciale può abbisognare, col tagliente stesso si eseguisce la incisione che si desidera, ciò ottenuto si difende nuovamente il tagliente scoperto della lama spingendo in alto la guaina, ed allora si ritira con sicurezza il coltello (1).

(1) Bullettino delle Scienze Mediche 1852.

(1) L'egregio signor Dottor *Belluzzi* ha esso pure immaginato un fetotomo ed assai ingegnoso, che trovasi descritto nel nostro Bullettino 1867.

al cranio (quando sen staccò il restante del feto) parte della colonna cervicale, onde il piccolo diametro degli anelli vertebrali si opponga alla pronta e libera introduzione del tiratesta nel cranio stesso: o sia che; sempre di seguito al distaccamento del tronco, restata la testa dentro dell'utero, comunque venga essa a deviare dalla posizione sua normale, e a non corrispondere più colla bocca dell'utero il foro dell'occipite; tanto nell'uno che nell'altro di questi casi, ostacolo ne risulta alla necessaria intromissione dello strumento. Nelle quali circostanze, ben frequenti e ben gravi, uom vede quanto insufficiente risulti la meccanica condizione de' tiratesta ordinarii e come quindi spontanea ne si presti la opportunità, anzi la necessità di studi diretti a rendere l'artificio e l'uso di siffatti istrumenti acconcio ed efficace. A ciò sembra assai bene soddisfare il tiratesta disegnato nella Tav. 22.ª fig. 4.ª che ora passo a descrivere.

Questo tiratesta, fig. 4.ª, è composto di varii pezzi, e questi sono 1.° l'asta d'acciaio perforante, fig. 4.ª *a*, che fissa al manico, forma la base di tutto l'istrumento, ed è della lunghezza di 38 centimetri; sette dei quali appartengono al manico, che è guernito di sagrinatura, della sua ghiera, e di anello di pachfong ed è della lunghezza di circa 2 centimetri. Il manico stesso è grosso un centimetro e mezzo circa e ricurvo sull'estremità di un margine alla foggia di pistola. L'asta metallica, fig. 4.ª *a*, è larga 8 millimetri, e grossa 2. Essa è piana ai suoi lati, ed offre a varie distanze cinque fori, fig. 4.ª *b*, *c*, *d*, *e*, *f*, che fissano gli altri pezzi dell'istrumento. Le sue due estremità mostrano da un lato il calcio o tallone che allargandosi va ad unirsi al manico, fig. 4.ª *g*, dall'altra un bottone lanceolato tagliente e pungente fornito di due coste assai taglienti ai lati lungo circa un centimetro, largo egualmente, e grosso 5 millimetri, fig. 4.ª *h*: al dissotto del bottone l'asta continua ad esser larga un centimetro pel tratto di 12 millimetri. Il tirante o catena, fig. 4.ª *i*, consiste in un sottile cilindretto d'acciaio del diametro di circa 3 millimetri, lungo 21 centimetri e mezzo, avente alla sua estremità inferiore un anello della stessa grossezza, fig. 4.ª *k*, e di figura ovale onde ricevere un dito. Il tirante all'altra estremità, che è un poco appianata, termina in un forellino, destinato a ricevere una piccola spina o caviglio, fig. 5.ª *l*, che serve a far muovere due mezze olive poste una anteriormente, l'altra posteriormente, fig. 5.ª *m*, sono formate di due piastrine d'acciaio di forma olivare, piane da un lato, convesse dall'altro, lunghe 4 centimetri, larghe 1 e grosse 2 millimetri. Dette olive hanno due fori, uno centrale maggiore, fig. 6.ª *n*, il quale per mezzo di una vite, che fa l'uffizio di pernio, permette di fissarle ai lati opposti dell'asta, fig. 5.ª, fig. 6.ª, l'altro foro è di lato più piccolo, trovasi in vicinanza ad un margine, riceve la caviglia, fig. 5.ª, e s'articola col tirante, fig. 4.ª *i*.

Finalmente le due fascie conduttrici, fig. 4.ª o, p, formate di due laminette di pachfong piegate a doppio, lunghe 18 millimetri, e larghe 12, le quali mediante due viti vengono strettamente unite all'asta, e servono a fissare il tirante ad un margine dell'asta, abbracciandolo in modo da lasciarlo con tutta facilità scorrere entro di sè.

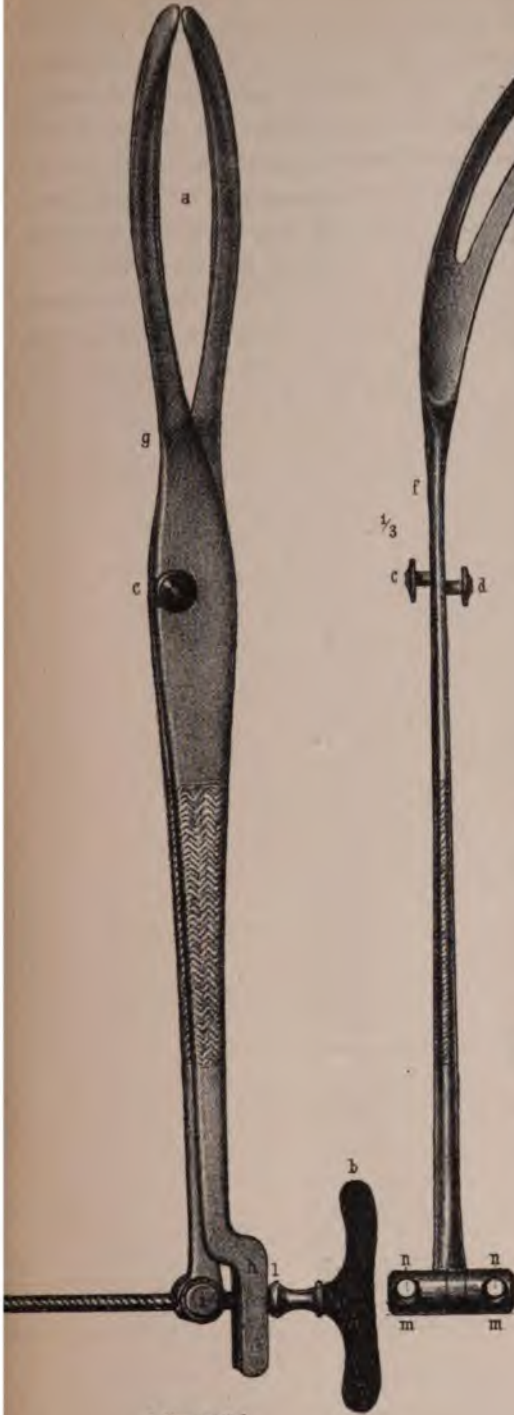
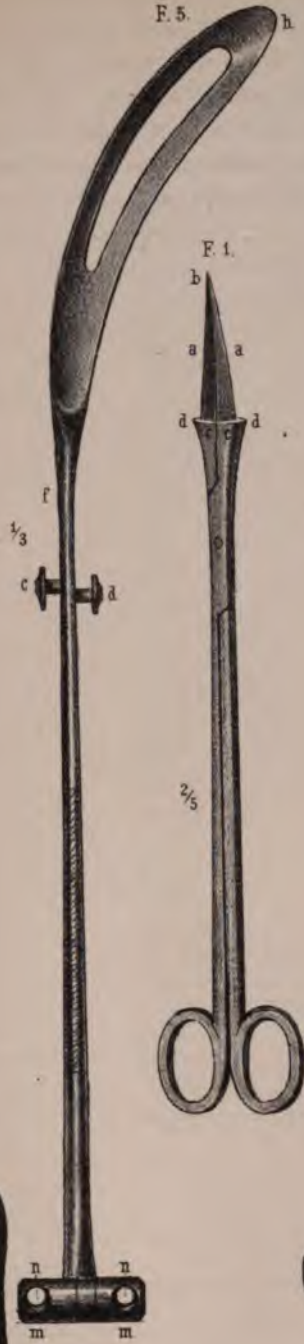
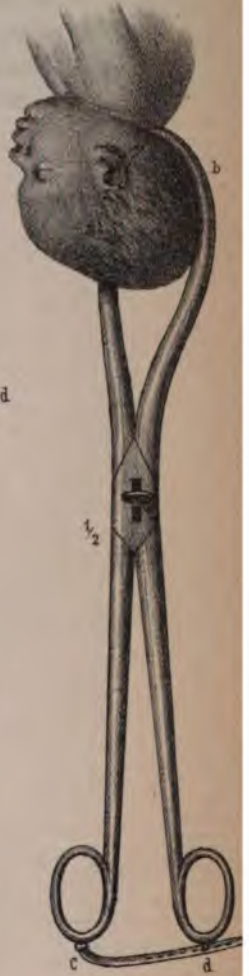
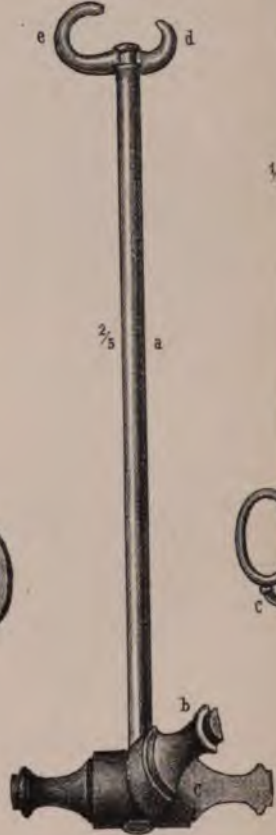
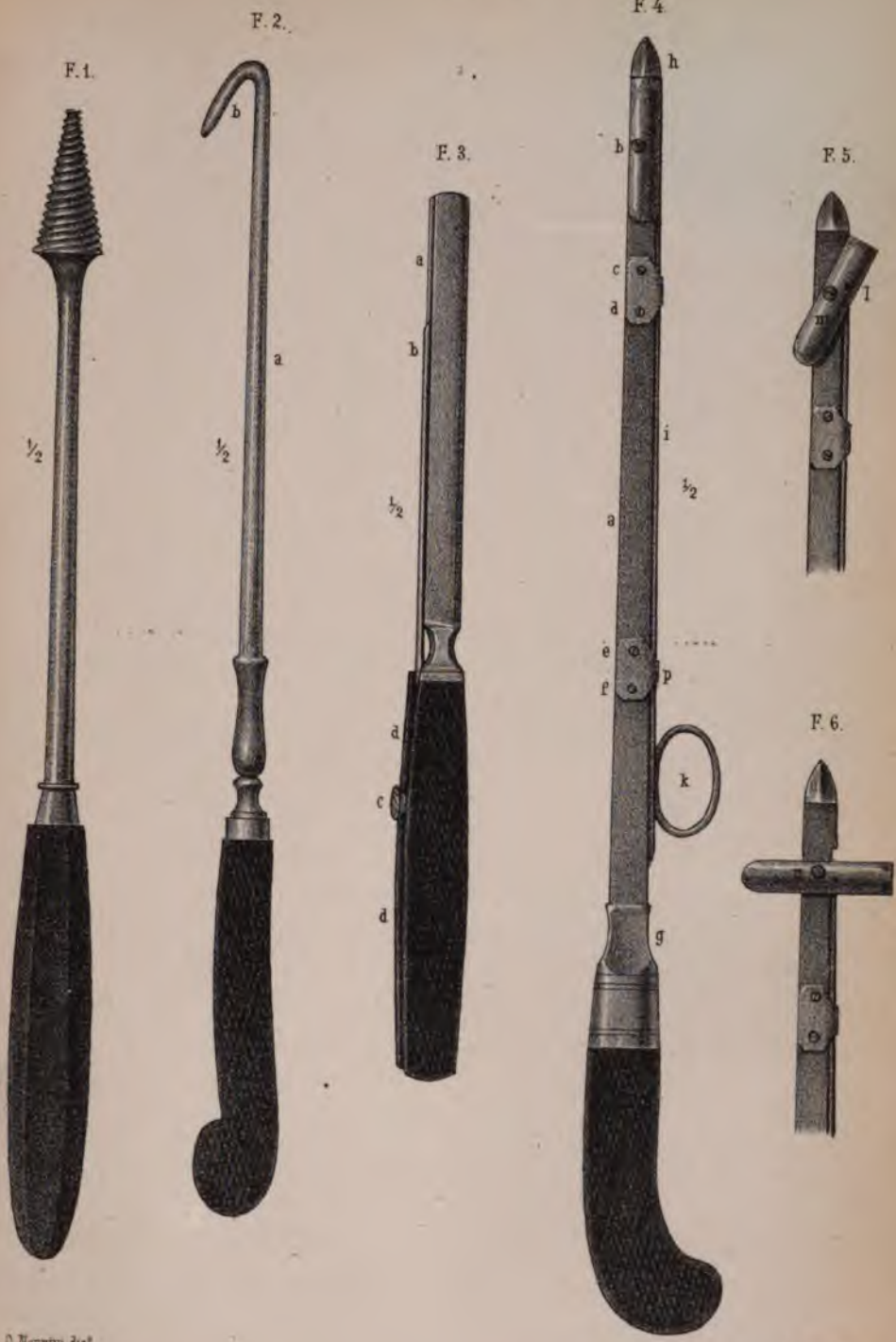
Questo tiratesta si usa nella maniera seguente. Allorquando, a motivo della posizione in cui si trova la testa del feto staccata dal tronco, non si incontra ostacolo alcuno ad insinuare l'estremità lanceolata del tiratesta, montata come vedesi nella fig. 4.ª, entro il canale formato delle vertebre tuttora aderenti al capo del feto, l'Ostetricante introduce l'indicato bottone entro il canale stesso, e giunge così facilmente nella cavità del cranio ed in modo da oltrepassarne colle due mezze olive il foro occipitale. Allora colla mano sinistra abbracciato e tenuto fermo il manico dell'istrumento, col dito indice della mano destra insinuato nell'anello del tirante, fig. 4.ª k, tirandolo in basso, le due mezze olive si piegan ad angolo retto coll'asta d'acciaio, fig. 6.ª, il che permette di agire sul capo del feto come cogli ordinari tiratesta.

Quando però l'Ostetricante, attesa la particolare posizione della testa del feto, non può agevolmente penetrare nella piccola porzione di superstite canale vertebrale, o quando il collo del feto stesso non è completamente staccato dal capo, in allora onde procurarsi col tiratesta un aiuto che valga a permettere d'estrarre con molta maggiore facilità la testa tuttora rinchiusa entro l'utero, l'Ostetricante insinuerà il bottone lanceolato dell'istrumento, fig. 4.ª h, in una delle più accessibili suture della base del cranio, e spingendolo in alto potrà insinuare facilmente ancora entro il cranio le due sottostanti mezze olive, essendo le medesime formate in modo da non opporre il più che piccolo ostacolo alla totale loro intromissione entro il cranio. Penetrato però col bottone entro il capo del feto se l'Ostetricante crede opportuno di allargare in modo l'apertura fatta dal bottone stesso che ne riesca facile l'uscita di notabile porzione di cervello, onde si riduca perciò il volume del cranio a così piccola mole che possa permettere di estrarnelo con facilità anche attraverso una pelvi notabilmente ristretta, l'Ostetricante in questo caso, allorquando oltre il punteruolo avrà insinuata porzione delle sottostanti mezze olive attraverso la formata apertura, col dito indice della sua mano destra introdotto nell'anello del tirante, fig. 4.ª k, comincierà a tirarlo in basso in modo che le due mezze olive vengano portate gradatamente all'infuori per l'azione del tirante istesso, fig. 5.ª: per cui l'apertura formata dal punteruolo s'allargherà di tanto quanto l'Ostetricante potrà credere all'uopo necessario. Dopo avere allargata nella maniera descritta l'indicata apertura, il chirurgo spingerà il tiratesta entro il cranio in

guisa che le due mezze olive oltrepassino completamente il foro formato dal bottone lanceolato nella base craniale. Allora continuando a fare delle trazioni sull'anello ovale del tirante, fig. 4.ª k, lo condurrà in basso contro il calcio dell'asta d'acciaio, ove, allorchè sarà giunto trovando un ostacolo che non gli permette di più oltre discendere, le due mezze olive, che venivano contemporaneamente fatte ruotare in basso, rimarranno per questo ad angolo retto coll'asta d'acciaio, fig. 6.ª, il che permetterà all'Ostetricante di agire sulla testa del feto in quella maniera che potrà concedergli di farle attraversare con molta facilità la pelvi.

La quale descritta combinazione, o unione, in uno di due istrumenti (il craniotomo e il tiratesta) di tanta affinità e attenenza d'ufficio fra loro, uom vede di quanta utilità debba riuscire in tutte le contingenze ordinarie dove e dell'uno e dell'altro di essi possa venir bisogno all'Ostetricante; e di più come torni utile e basti in quelle circostanze notate superiormente dove gli altri tiratesta ordinari non possono efficacemente sovvenire.

O. Nannini dis.t

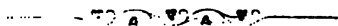
Lit. G. Wenk

Tav. XXII.
F. 1.
½
F. 2.
b
a
½
F. 3.
a
b
½
d
c
d
F. 4.
h
b
c
d
i
½
a
e
p
f
k
g
F. 5.
l
m
F. 6.
O. Nannini dis.
Lit. G. Wenk.

ESPOSIZIONE

DI DUE CASI

DI APPARENTE SUPERFETAZIONE

E DI ALCUNI ALTRI RIFERIBILI A PARTI

OD ABORTI PRETERMESSI O MANCATI

Mentre l'esame di alcuni embrioni o feti appartenenti a gravidanze gemelle, fa palese che non di rado uno di essi si mostra un po' più piccolo dell'altro, e mentre da ciò si può indurre che in simili casi l'ovo più piccolo rimase fecondato dopo quello contenente l'embrione od il feto di maggiore volume, bisogna però convenire che ad ammettere ciò devesi essere molto cauti, giacchè spesso si potrebbe cadere in errore. Alcuni fatti da me osservati ne danno piena conferma, ed è per questo che mi piace lo esporli.

Trovandosi una donna da moltissime ore in travaglio di parto, chiamato io ad assisterla, rinvenni l'utero in uno stato di inerzia, e sentii mediante la esplorazione fatta col dito, che il feto si presentava col braccio sinistro e colla corrispondente spalla allo stretto superiore, essendo il petto e l'addome rivolti in avanti. Quel braccio, perchè piccolo di molto, facea conoscere che, probabilmente, tale dovea pur essere il volume del feto. E siccome notabilissima riscontravasi la mole dell'utero, fatti accurati esami sospettai che si trattasse di gravidanza

gemella, lo che ebbi poi a confermare. L'inerzia dell'utero, e la posizione del feto che pel primo si presentava obbligando a farne l'estrazione, eseguii il parto agrippino e con molta speditezza. Dopo di che trovato il sacco dell'altro feto ne ruppi le membrane, e conobbi che esso si presentava pure con una spalla, quindi ne feci del pari il rivolgimento pei piedi. L'operazione per altro riescì alquanto difficile atteso il maggiore sviluppo del feto istesso. Simile fatto a mio avviso appunto comprova la possibilità di errare volendo giudicare di superfetazione dal solo diverso volume dei feti, avvegnachè stando soltanto a questo carattere, il primo dei due feti che presentossi allo stretto superiore e che estrassi, perchè piccolissimo, si sarebbe dovuto perciò giudicare appartenente all'ultimo ovo fecondato, l'altro invece, perchè sviluppatissimo, si sarebbe dovuto ritenere pel primo fecondato e disceso nell'utero, il che non era ammissibile nel caso attuale. Da ciò pertanto se ne può dedurre che, indipendentemente dall'epoca diversa della fecondazione o dalla reale superfetazione, lo sviluppo quantitativo del feto può dipendere da cagioni ben diverse, e cioè dall'insita natura dell'ovo, o da circostanze estrinseche che hanno speciale influenza sul più o meno energico sviluppo degli atti evolutivi al feto istesso spettanti (1).

Un altro caso sotto un certo aspetto anche più interessante, fu da me veduto in compagnia del dott. *Romei*, e riferito dal chiarissimo sig. dott. *Verardini* nel Bullettino delle Scienze Mediche l'anno 1858.

(1) Riporterò qui un altro caso di gravidanza gemella, non tanto perchè uno dei feti era un po' più piccolo dell'altro, ma pel modo singolare con cui se ne effettuò la espulsione.

Una giovane sposa, di pelvi ampia e benissimo conformata, trovandosi sotto il travaglio di un parto laborioso desiderò la mia assistenza. Quando io giunsi presso di lei, avea di già essa espulso un primo feto del peso di 3 chilogrammi e mezzo circa, che per quanto mi disse la mammana si era presentato allo stretto superiore nella prima posizione del

Certa Carlotta Cesari in Rossi, nata a Medicina, dell' età d'anni 35, di temperamento sanguigno, di buonissima derivazione, divenne pubere nel di lei undecimo anno di vita, e poscia regolarmente sempre si mantenne mestruata, nè giammai fu colta da malattia di qualche rilevanza. A 27 anni andò a marito, ed in progresso ebbe tre gravidanze felicissime, e mandò in luce tre figli perfettamente sani, nè patì essa inconveniente alcuno. Rimasta incinta per la quarta

vertice. Ma, come erasi già potuto diagnosticare nel tempo della gestazione, trattandosi di un parto gemello, continuavano dei dolori i più violenti e insopportabili che mai, non bastevoli però all' uopo dell' altro parto; sotto di questi il secondo feto fu spinto fino allo stretto inferiore della pelvi nello strano modo seguente. La testa presentava l' occipite, rivolto contro il sacro, la faccia contro il pube, e fra il pube e la faccia trovavansi le gambe del feto, i cui piedi sormontavano il vertice e presentavansi fuori della vulva, dentro la quale era pur disceso, in un con essi, il braccio destro. Veduta l'urgenza del caso, mi accingeva a sollecitare coll' arte il parto per maggiore salvezza del feto ancor vivo e della madre, quando una violentissima contrazione uterina spinse naturalmente fuori dalla vulva in un subito nella posizione medesima il secondo feto vivente che pesava 3 chilogrammi e un quarto circa. Questo fatto importantissimo per la scienza mostra la erroneità della sentenza di coloro i quali vogliono indispensabile l'opera del chirurgo in circostanze analoghe, e fa fede che non si deve giammai precipitare l' opera chirurgica in ostetricia; ma per lo contrario si ha da ripromettere e fidare molto nelle forze della natura finchè non vedasi reale ed inevitabile il pericolo della madre o quello del feto.

Fra i vari parti effettuatisi spontaneamente in cui il feto si presentò in una maniera singolarissima, osservai anche il seguente. In una giovane sposa di buona costituzione, e di perfette dimensioni e forme pelviane, si impegnò il feto colla faccia, nello stretto superiore della pelvi, il mento rivolto essendo contro la sinfisi sacro-iliaca sinistra; contemporaneamente oltre la faccia s' impegnò in esso stretto il braccio destro e la gamba sinistra. Dietro valide contrazioni potè giungere il feto, sempre nella posizione medesima, allo stretto inferiore; nell' oltrepassare il quale rivoltosi il mento contro il pube, venne in sì difficilissima e complicata posizione con poco stento e colle sole forze naturali espulso, quantunque voluminosissimo.

volta giunse sino al terzo mese di gestazione, e siccome al solito benissimo, non lagnandosi del più che piccolo disordine di salute. A quest' epoca fu presa da uno spavento. Poco dippoi avvertì che perdeva sangue dalle parti generative, ed in non poca copia. Venne a lei un medico, e con appropriata cura nel corso di varii dì la riebbe e senza che avesse avuto luogo l' aborto, come eravi tutta ragione di temere.

Da quel momento in avanti per altro non acquistò la Cesari totalmente quella florida salute che, avuto riguardo alla misera condizione di lei, era tutto il suo bene, laonde con sè stessa se ne attristava non poco. Altri tre mesi nullameno scorsero, e sia pei moti del feto, sia pel progressivo sviluppamento dell' utero, sia per vari altri segni, erasi fatta fiduciosa che il di lui portato avea superata la brusca scossa patita, e s' avviava colla mente alla dolce lusinga di deporlo felicemente. Ma invece, a motivo di nuova e viva emozione d' animo, uno stillicidio di sangue le si mostrò nuovamente dalla vagina insieme a dolori che notavano prossimo il travaglio del parto. Poco stante di fatto lo stillicidio si convertì in abbondante metrorragia, la quale addimandava i più solleciti provvedimenti, di maniera che, attesa l' importanza del fatto, fu chiamato il dottor *Federico Romei*, ed ecco in breve lo stato in cui rinvenne l' inferma. L' aspetto della donna era avvilito e smunto, e perduta nell' animo giaceva in letto, aveva i polsi piccoli, bassi, frequentissimi, poca era la calorificazione cutanea, assai voluminoso il ventre tutto, così che l' inferma sembrava meglio in fine di naturale gravidanza di quello che al sesto mese, motivo per cui era mestieri correre colla mente a queste argomentazioni, val a dire, o che la donna era in preda anche ad interna emorragia, o che eravi idramnio, o che la gravidanza era gemella: in ogni modo il fenomeno più imponente quello erasi della esterna emorragia, quindi il *Romei* nei modi più opportuni cercò ripararvi, e così la metrorragia si fece più mite e mostraronsi contrazioni uterine da ritenere la donna in soprapparto.

La gravezza del fatto indusse il *Romei* a sentire il mio consiglio.

Fatti che ebbi gli opportuni esami, convenni che la mole sproporzionata del ventre poteva benissimo dipendere dalle cagioni sovra allegate. Ma quantunque in quel momento si fosse fermata la perdita sanguigna, e continuassero le contrazioni uterine, l'emorragia istessa non tardò a rinnovarsi con molta imponenza e con molto pericolo per la donna, di maniera che praticato il riscontro, trovato l'orifizio uterino ampiamente dilatato, assicuratomi della esistenza dell'idramnio, e riconosciuta la presentazione del feto pel vertice, passai a rompere le membrane per dare scolo alle acque onde ottenere un restringimento dell'utero che valesse a por freno al copiosissimo sgorgo di sangue. L'escita precipitosa ed abbondantissima del liquido amniotico fece sì, che gli arti inferiori del feto fossero spinti e si insinuassero contro la bocca dell'utero.

In quel momento notai che nullameno l'indicato scolo delle acque, il volume dell'utero mantenevasi tale da non doverlo nè poterlo attribuire soltanto alla presenza del feto che colle estremità pelviane già tendeva scendere in vagina, ed alla corrispondente placenta, e con ciò avvalorai il sospetto, o che nell'utero fossevi un altro feto, o in qualche punto al suo interno raccolta si fosse grande copia di sangue.

Nel frattanto la donna trovandosi debolissima, ed essendo minacciata da deliqui per nuova perdita sanguigna, agevolai l'escita del feto facendo trazione sugli arti pelvici in modo, che ne discendessero le natiche e quindi il restante del corpo.

Liberata dal medesimo la donna, mentre mi accingeva ad esplorarne l'utero di guisa da conoscere la cagione dell'ognora permanente di lui straordinario volume, venne espulsa la placenta in un a strabocchevole copia di grumi sanguigni, e nel raccogliere le secondine avvertii che ad esse era unito un corpo solido alquanto rammollito che mi proposi di debitamente osservare, allorchè fossi stato ben sicuro che l'utero

della donna, il quale erasi in tal modo totalmente svuotato, si mantenesse così contratto da non potere più temere alcuna interna od esterna perdita di sangue.

Pertanto, dopo avere prodigate alla puerpera le convenienti cure e le più sollecite attenzioni sicchè per esse alquanto invigorì, passai ad esaminare il feto, le secondine, e quel corpo di cui feci cenno.

Il feto che venne alla luce vivo, sebbene immediatamente morisse, era di circa sei mesi, tutto ben conformato, ed in lodevoli proporzioni relativamente all'epoca di sua esistenza. La placenta con cui comunicato avea, era a pareti grosse e completa, e con essa continuavasi il corpo surricordato, che consisteva in altro molto più piccolo ovo contenente un feto rammollito ed in istato di incipiente dissoluzione, dell'età di oltre tre mesi. Tanto l'un feto che l'altro appartenevano al sesso maschile.

Fatte pertanto le debite considerazioni al caso interessantissimo ora descritto, parmi se ne possa dedurre che anche in questo la differenza di volume dei due feti, lungi dal doversi riferire a superfetazione, sia invece a ritenersi dipendente dalla morte avvenuta nel più piccolo al terzo mese già compito di gestazione, in causa del distacco di gran parte della propria placenta, e che originò la indicata notevole raccolta di sangue entro la matrice, mentre poi l'altro feto, avendo potuto superare ogni pericolo, ebbe campo di continuare a vivere per ben altri tre mesi, dopo i quali la violenta emozione d'animo sofferta dalla Cesari, determinò di esso pure la uscita dalla matrice.

La esposizione di quest'ultimo fatto poi come accennai, oltrechè conferma l'errore in cui in alcuni casi potrebbe cadersi ammettendo la superfetazione, ci si offre pure opportuna per dimostrare che in alcune circostanze, quantunque un embrione od un feto sia già morto, può anche di molto ritardare o mancare l'aborto od il parto.

E giacchè qui è caduto il discorso intorno all' aborto od al parto pretermesso o mancato, credo perciò non sia fuori di proposito lo aggiungere quanto a simile riguardo venne osservato da me e dagli anatomici ed ostetrici dello studio Bolognese intorno a questo argomento, che a dir vero mi sembra di non poca rilevanza.

Una signora di mezza età, già sposa da parecchi anni, e madre ad una gentile fanciulla, nell'anno 1855 presentò alcuni fenomeni razionali di gravidanza, ma verificandosi in lei uno scolo sanguigno dalle parti generative che si protrasse per tre mesi, e nel tempo stesso l'utero non essendo aumentato di volume in quelle proporzioni che si osservano in quest' epoca di regolare gestazione, si attribuì la perdita sanguigna alla presenza di qualche grumo, o di una mola entro l'utero.

Diffatti la signora, dopo essere stata presa da grave emorragia e da forti contrazioni uterine, espulse un corpo che fu riconosciuto per una mola.

Resasi di nuovo regolare la mestruazione, e la signora essendosi di poi accoppiata una sol volta col marito, si presentarono poco dopo in lei fenomeni tali da farle supporre di essere rimasta incinta, ma ricomparsi essendo ben presto degli scoli di sangue analoghi agl' indicati superiormente, insorse in lei il timore d'essere caduta in uno stato patologico, forse analogo al precedente. Per questo amò di consultarmi, e dagli esami che ne feci venni in sospetto che l'utero fosse gravido, nel quale sospetto mi confermai maggiormente quando, essendo trascorso il periodo che alla metà della gravidanza competesi, mi accorsi che l'utero stesso erasi in proporzione regolarmente sviluppato.

Non avendo però avvertiti i moti attivi e i battiti del cuoricino fetale, ed avendo osservato che il sangue che perdeva la signora non avea allora più i caratteri fisiologici, ma era divenuto fetente e corrotto, dubitai della morte del feto.

Scorsero però altri quattro mesi e mezzo senza che l'aborto si effettuasse, ed in questo frattempo continuò la signora

ad emettere, sebbene in copia minore, sangue guasto dalle pudende, e nel tempo stesso osservossi un graduato rimpicciolimento del volume dell'utero. Questi fenomeni a dir vero sembravano indebolire d'assai il diagnostico fatto, ma secondo me erano spiegabili ancora collo ammettere il progressivo assorbimento degli umori e dei tessuti costituenti l'ovo.

Se non che ad ogni divergenza impose fine il fatto. Ed in vero, nove mesi dopo l'epoca precisa in cui la signora erasi unita col consorte, e dal quale di poi rimase lontana, fu assalita da forti e dolorose contrazioni uterine, e poco stante espulse tutto intero l'ovo (1). Poscia sopravvenne emorragia sì grave da obbligarmi a ricorrere ai più potenti soccorsi terapeutici per vincerla, nullameno la donna fra non molto perfettamente si ristabilì.

Di questo caso pure ne ha piena conoscenza anche il ch. collega cav. Gamberini.

Osservando quest' ovo, vedesi mancare quasi completamente del liquore amniotico, ed il feto contenuto in esso lo si scorge dell'età di circa quattro mesi e mezzo, ed è in istato di rammollimento e d'imminente dissoluzione. La qual cosa dà manifesto segno che il frutto del concepimento rimase morto per meglio che quattro mesi e mezzo entro l'utero materno; la placenta poi mostrò i suoi vasi quasi vuoti di sangue, rattratti ed uniti a poca sostanza cellulare; fatti tutti che denno appunto ritenersi dipendenti dall' assorbimento avvenuto nell'ovo nei vari mesi che dimorò nell'utero dopo la morte del feto.

Un altro caso poi anche più importante di morte d'un feto avvenuta parecchi mesi prima d' essere espulso dall' utero materno, è quello che qui riporto.

(1) Tanto quest'ovo, quanto il pezzo patologico appartenente all'altro caso superiormente narrato, furono depositati nel Museo Patologico della Società Medico Chirurgica di Bologna.

Una signora, già madre di parecchi figli, sette anni or sono ebbe a soffrire varie indisposizioni, a vincere le quali io venni richiesto. Praticati i dovuti esami, potei diagnosticare che essa era incinta, e che i disturbi funzionali cui andava soggetta erano riferibili alla gestazione. Simile diagnosi contribuì a porre in calma l'animo turbato della signora, la quale tanto più si rese tranquilla allorchè sentì manifestamente i moti del feto. Se non che poco dopo questi moti cessarono, e l'utero che avea acquistato il volume che gli è proprio quando è gravido fra i quattro ed i cinque mesi, cominciò a rimpiccolire.

Postasi per questo la signora in qualche apprensione mi fece chiamare di nuovo, ed allora ripetendo gli esami potei riconfermare la diagnosi da prima fatta, se non che molto valutando la cessazione dei moti attivi del feto i risultati negativi dell'ascoltazione, ed il rimpiccolimento dell'utero, supposi fosse avvenuta la morte del feto istesso, che in causa d'essere tuttora trattenuto nell'utero in un colle sue dipendenze, cominciasse perciò ad essere lentamente e progressivamente assorbito. E ciò venne comprovato dal fatto, giacchè compiuto il nono mese dal tempo in cui la signora cominciò a risentirsi dei disturbi funzionali già ricordati, e da quello in cui non apparvero le mestruazioni, si manifestò il travaglio del parto che ebbe termine colla espulsione dell'ovo intero.

Quest'ovo, che fu pure depositato nel Museo patologico della Società Medico Chirurgica, è della lunghezza di centimetri 10 ed in direzione trasversale misura centimetri 5 e 8 millimetri. Nella sua parte superiore e posteriore si osserva la placenta, la quale ha una forma triangolare o conica simile a quella della cavità della matrice, ed ora altro non offre che una massa come carnea in proporzione molto maggiore del volume del piccolissimo feto, il che fa credere che la nutrizione in lei fosse relativamente al feto istesso più rigogliosa. Questo poi è isolatamente rinchiuso in un sacchetto, formato dalle sole membrane, in cui trovasi

ancora un poco di liquore dell'amnio. Il brevissimo funicolo arrivato in alto alla circonferenza di questo piccolo sacchettino, va ad impiantarsi immediatamente all'apice della conica placenta. Perciò la forma di quest'ovo si accosterebbe a quella di un orologio a polvere. Ho veduto in altri ovi eguali disposizioni di parti, se non che in questi, il corto funicolo pervenuto alla circonferenza del sacco formato dalle sole membrane e racchiudente il feto, andava ad inserirsi nella placenta dopo avere percorsi parecchi centimetri in lunghezza.

Il Professor *Alessandrini* poi in una sua memoria letta alla nostra Accademia delle Scienze il 24 Novembre 1853, presa in considerazione *La facilità colla quale l'attività assorbente vitale consuma i feti ed i loro inviluppi incarcerati nell' utero o nella cavità addominale,* ed approfittando di bellissimi preparati anatomici che trovansi tuttora nel sontuoso Museo d'Anatomia Comparata che era da lui diretto, fece conoscere non solo interessantissimi casi di questo genere osservati negli animali domestici, fra i quali casi uno ne spicca dell'illustre nostro fisiologo il Prof. *Paolini*, ma altresì un altro appartenente alla specie umana.

Mi si è offerta, egli dice, di recente l'occasione di osservare un feto trattenuto morto nell'utero di una donna per del tempo e di già inoltrato ad un grado di notabile emaciazione. La madre, donna robusta di circa 40 anni, che aveva figliato parecchie volte felicemente, verso la metà di Aprile 1852 ebbe a soffrire i fenomeni di nuova gravidanza. Fra il quinto ed il sesto mese, dei gravi dolori ed una profusa metrorragia temer fecero dell'aborto; questi fenomeni però si calmarono col riposo ed adeguata cura, ma, riprese le domestiche faccende, ebbe ben presto ad accorgersi che la mole del ventre invece di crescere al progredire della gravidanza, diminuiva. Arrivata al giorno 18 Gennaio 1853, si rinnovarono i forti dolori al ventre seguìti da profusa metrorragia. Chiamato l'espertissimo Medico-Chirurgo sig. dott. *Vincenzo Visconti*, e praticata dal medesimo l'esplorazione, trovò impegnato l'ovo nella bocca dell'utero molto dilatata: lacerati gl'inviluppi ne uscì facilmente il feto, ma continuando l'emorragia dovette dar mano anche all'estrazione della placenta.

al che riuscì con qualche difficoltà. Moderossi tosto l'emoraggia, cessarono i dolori e l'inferma trovossi in breve perfettamente ristabilita.

Avendo il lodato Chirurgo conservato questo pezzo unito tuttora alla placenta sua, e fattomene dono, trovai il medesimo del peso di bolognesi oncie tre ed un quarto tutto compreso, e della mole che può competere a quello di circa cinque mesi e mezzo; è però molto emaciato ed in più luoghi le ossa si veggono coperte soltanto dalla pelle: la placenta piccola, durissima; il funicolo ombelicale, della lunghezza di centimetri dieciotto e mezzo, è esso pure avvizzito, contratto e contorto a guisa di piccola fune, del diametro di poco più di due millimetri; le membrane poco estese hanno però notabile consistenza, e la loro lacerazione, operata, come dissi, dal Chirurgo, diede pochissimo umore.

Per ciò poi che spetta agli animali domestici, è ben si sappia che fra le femmine dallo *Alessandrini* anatomicamente ispezionate, sette furono vaccine e due di loro grosse di gemelli, due furono pecore, una delle quali diede l'esempio di gravidanza utero-interstiziale, tre furono scrofe, ed una femmina di coniglio. Una delle scrofe partorì a termine diversi porcellini vivi e perfetti, e con questi un altro feto che si giudicò essere morto dopo aver oltrepassata appena la prima terza parte della vita entro-uterina ed era ridotto a notabile grado di emaciazione.

Rispetto alle due vacche pregne di gemelli è da sapere che una di esse mandò fuori felicemente, e con pochissimo aiuto del veterinario i due vitellini già ridotti a sola pelle e scheletri, quella indurita a foggia di nero cuoio, questi in parte consunti, massime presso le articolazioni e nelle regioni cartilaginose. Vi sono tutte le ragioni per giudicare l'età dei feti di circa sei mesi. La madre risanò, potè concepire di nuovo, e condurre a termine la sua gravidanza. Nell' altra poi, gravida già da 18 mesi, venendo presa da tenesmo vescicale e da dolori di ventre, che erano vere doglie del parto, i due feti furono con grande fatica estratti proprio dall' utero, il quale permise l'introduzione della mano. Anche questi si trovarono condotti ad un notabilissimo stato di emaciazione, e dalla loro grandezza si può giudicare che

morissero al 5.° mese di gravidanza. Alla fine del nono si erano presentati i primi segni del parto, il quale però non andò innanzi, e la gestazione continuò per altri nove mesi. La madre risanò perfettamente.

Ai fatti già esposti dallo *Alessandrini*, ed indicanti parti pretermessi o mancati sia temporariamente sia per sempre, devonsi aggiungere altri che furono resi noti dal chiarissimo Professor *Ercolani*, di lui successore, al non men chiaro Prof. *Fabbri*, e che vennero da quest' ultimo descritti in un suo stupendo lavoro letto alla nostra Accademia delle Scienze (1).

Il Museo d' Anatomia Patologica comparata, egli dice, che dal 1853 contava 14 casi del genere in discorso, fra i quali due di gravidanza uterina-gemella, oggi ne conta dieci di più. Due vi furono collocati dallo stesso *Alessandrini*, gli altri otto sono un aumento fattovi dall' *Ercolani*. Di questi dieci, nove appartengono al bue domestico, e uno solamente al maiale.

Tutti si riferiscono a gravidanze uterine. I feti non si presentano tutti nella stessa condizione. Alcuni non sembrano alterati, altri sono o induriti o mummificati; uno solo è ridotto a pure ossa. Tutti sono periti in epoche più o meno lontane dalla maturità perfetta, uno eccettuato.

Non sarà inutile far sapere, segue a dire il *Fabbri*, che i suddetti pezzi patologici sono stati radunati nello spazio di 33 anni, e che per la massima parte sono venuti dal pubblico macello della nostra città. Egli è dunque manifesto, anche per la sola nostra esperienza locale, che il *parto o l' aborto mancato*, nei bruti domestici è un fatto piuttosto frequente, e ciò mostra che non si deve accettare senza restrizione la sentenza del dott. *M' Clintock*, il quale in un suo recente molto pregevole lavoro diede a conoscere di essere persuaso del contrario.

(1) Memorie dell' Accademia delle Scienze 1866.

Fatto di ciò cenno, ripiglierò ora a dire d'altri casi di simile genere riferibili alla specie umana, che reputo molto interessanti, e comincierò da quelli che furono esposti in una memoria redatta dall' Onorevolissimo dott. *Giovanni Pilla* intitolata: *Dell' Atrofia, mumificazione, e consunzione dei feti che rimangono molto tempo nascosti nell' utero dopo la loro morte* (1).

Veronica I.... in B.... d'anni 40, maritata da due anni, dopo tre mesi di matrimonio rimase incinta, e nel 3.° mese di gravidanza, per essere stata a lavare biancheria nell'acqua fresca, ebbe un aborto di due gemelli. Rimasta indi a qualche tempo nuovamente incinta, nel dì 24 Ottobre 1856 partorì felicemente un feto maschio, quasi a termine, robusto, e poco dopo secondò. La Mammana trovò aderente alla placenta un corpo sub-rotondo che ritenne dapprima per una mola, ma che scoprì poi essere un altro feto di mesi tre e mezzo circa, che trovavasi dentro un proprio sacco. Della placenta non tenne conto.

Intorno all' anamnesi è a dirsi, che alla metà circa della seconda gravidanza ebbe dalle pudende per una o due volte, specialmente nel discendere dal letto, qualche scolo di sangue, che cessò dopo un salasso: che i movimenti fetali le sembrarono piuttosto forti e che alla parte sinistra ed alta dell' utero ella avvertiva un corpo che non si moveva mai. Avvertiva pure che nelle due o tre ultime settimane di gestazione, aveva risentito del dolore, facendo del moto, allo stesso lato sinistro dell'addome.

Il primo feto era vitabile, il secondo era molto schiacciato e non putrefatto ad onta che fosse morto da del tempo, come lo provava la forte compressione che mostrava aver sofferto dal feto maggiore.

La Levatrice, Marianna Venturoli, avendo nell' assistenza di un parto, compiutosi il 15 Gennaio del 1862, notato qualche cosa di anormale nella placenta la mandò al *Belluzzi* perchè la osservasse.

Esso vide trattarsi di una placenta fisiologica, alla quale, mediante membrane, era unita una seconda placenta alquanto dura e pallida che aveva la forma come del pancreas. Vicino ad essa, unito sempre mediante membrane, esisteva un corpo quasi rotondo, biancastro, duro, che mostrava essere un feto mumificato.

La donna che emise il suddetto corpo è un soggetto robusto, che ha partorito due volte naturalmente, e dopo sette od otto anni ha avuta

(1) Bullettino delle Scienze Mediche 1866.

quest'ultima gravidanza, nella quale a sei mesi succedette grave metrorragia. Giunta al fine della gestazione, ha dato alla luce un feto a termine vivo e ben sviluppato, seguito dall'espulsione del feto sunnominato. Il puerperio decorse regolarissimo.

Questo pezzo patologico consta del feto mumificato e de' suoi involucri. Quello a prima vista altro non sembrava che un informe ammasso di sostanza solida, avente due faccie, una leggermente convessa, alquanto levigata e non percorsa che da alcuni leggeri solchi; l'altra più scabra ed alcun poco concava. È di figura che si accosta all'ovale, misurando in lunghezza cent. 7, e trasversalmente cent. 4 e 6 millimetri. Studiate però attentamente, e con diligenza dissecate quelle parti ch'erano divise dai solchi che superiormente accennai osservarsi nella faccia convessa, che era quella probabilmente che guardava le pareti uterine, chiari appariscono e il capo e gli arti fetali, non che il funicolo ombelicale. Si vede il tutto ridotto al solo scheletro coperto dalla pelle ed in istrana guisa schiacciato e contorto: il funicolo poi altro non è che un piccolo cordone consistente ed attortigliato. Nelle membrane si veggono ben distinti l'amnios ed il corion, i quali nulla presentano di particolare: la placenta non conserva più traccia veruna della sua primitiva struttura, ma altro non è che un ammasso di sostanza compatta e grigiastra.

Una Sposa di 30 anni circa, che ha avuti quattro parti tutti regolari e di un feto solo, giunta al 3.° mese della sua 5.ª gravidanza ebbe una metrorragia, la quale cessò senza causare l'aborto, che anzi la gestazione proseguì il suo corso, ed il 19 Settembre del 1865 diede alla luce una femmina a termine, bene sviluppata, e poco dopo emise la placenta, unita alla quale ve n'era un'altra piccola come di tre mesi, molto consistente e biancastra. Questa seconda placenta ha il suo sacco entro il quale sta racchiuso un corpo fortemente schiacciato, lungo cinque centimetri e mezzo, che altro non è se non un embrione, di cui riesce ben difficile il distinguere le parti che lo compongono, tanto sono fra di loro strettamente ed intimamente unite: solo il capo è abbastanza apparente, anche perchè distintamente vi si scorge un occhio.

Siccome poi la conoscenza di questi fatti non solo può interessare l'anatomico, il patologo e l'ostetrico, ma altresì il medico legista, così mi farò a narrarne uno che prova l'utilità che questi ne può trarre in alcune speciali circostanze. Il Chiarissimo Prof. *Brugnoli* diffatti rendeva noto alla nostra Società Medico Chirurgica, che una Signora presentò alcuni

fenomeni che le fecero credere essere rimasta incinta; ma passati tre mesi circa, i fenomeni medesimi essendo scomparsi, stimò per questo d'essere stata tratta in inganno. Poco tempo dopo il marito della Signora venne a morire, e trascorsi che furono sei mesi dalla di lui morte, nella stessa Signora manifestaronsi uterine contrazioni che finirono per dar luogo all'espulsione di un embrione di circa 3 mesi un po' consunto ed atrofizzato. Sorse questione intorno la legittimità di simile gravidanza, ma il Prof. *Brugnoli* interrogato, diede spiegazione del fatto ammettendo che la morte dell'embrione fosse accaduta quando nella Signora cessarono i segni razionali di gravidanza, e che nullameno l'ovo avendo potuto soggiornare impunemente nell'utero materno, non ne venne perciò espulso se non se quando la gravidanza fu giunta quasi al suo termine naturale.

Che se per quanto sono venuto esponendo rimane comprovato che feti morti ponno rimanere innocui lungamente, o per sempre entro l'utero della madre atrofizzandosi, mumificandosi, o consumandosi, qualche volta invece l'aborto mancato più o men tardi è susseguito da putrida dissoluzione dell'embrione, del feto, o degl'inviluppi, e ciò potendo indurre gravi pericoli, rendesi quindi necessario se ne assicuri bene l'ostetricante per potervi in tempo, nel modo debito provvedere.

La Signora Baronessa K., moglie di un Generale Svizzero al servizio Pontificio, avea partorito quattro volte felicemente a termine di gravidanza: scorsi essendo cinque anni dall'ultimo parto, rimase nuovamente incinta, e ciò avvenne nell' Agosto 1855. La gravidanza procedeva regolarmente, quando da Bologna dovette allontanarsi e recarsi in Germania. Poco dopo, sentiti già avendo i movimenti del feto, sgraziatamente precipitò dall'alto, in seguito di che non solo i moti stessi affatto cessarono, ma cominciò essa a provare vari disturbi di salute, ed oltre a ciò si accorse che le mammelle avvizzivano, e che l'utero lungi dall'ingrandire

mostrava tendenza a rimpiccolire. Non effettuandosi però l'aborto, che riteneva già inevitabile, e d'altronde deperendo sempre più in salute, deliberò di fare ritorno presso la sua famiglia, e ciò ebbe luogo nel Febbraio 1856. Assoggettata allora ad opportuno metodo curativo, non se ne ebbe vantaggio alcuno , anzi la Signora maggiormente si aggravò e fu costretta di guardare il letto. Chiamato io ad assisterla sui primi del Marzo successivo, ne trovai le impronte della fisonomia notabilmente alterate: aveva la Signora vomiti frequenti, abbattimento di forze, smania penosissima; sgorgava dalla matrice un umore piuttosto fetido; nella matrice istessa era aumentata la sensibilità; mentre invece il suo volume andava vieppiù decrescendo. Allora, di pieno accordo col Prof. *Gamberini*, vedendo la necessità di sbarazzare l'utero da quell'ospite importuno, non mancai di ricorrere per lo spazio di quindici giorni a quei mezzi che l'Arte consiglia e che potevano essere tollerati dalla Signora, onde favorire la espulsione del feto; ma ciò fu fatto inutilmente, giacchè la inferma peggiorando, cominciarono a presentarsi delle febbri precedute da intenso freddo e da altri gravi fenomeni, che fecero temere una putrida infezione. In sì grave momento, non potendo io effettuare l'estrazione del feto dall'utero perchè il suo collo mantenevasi lungo e grosso, e la sua bocca non permetteva neppure l'introduzione dell'estremità del dito, deliberai di valermi della suzione dei capezzoli delle mammelle della stessa inferma, per destare in tal modo le contrazioni dell'utero e determinare prontamente l'aborto. La levatrice, Elena Dal Buono, che non abbandonava giammai la malata, fece venire a quest'uopo presso di lei una donna abituata a svuotare dal latte le mammelle di alcune puerpere quando ne erano eccessivamente rigonfie. Fatta quindi ripetutamente la detta suzione a brevi intervalli, scorse che furono poco più di 30 ore destaronsi le desiate contrazioni uterine, e per tal modo la Signora sbarazzossi, prontamente e senz'altro aiuto, del feto e dei suoi inviluppi. Esaminato che fu il feto,

si conobbe che quantunque la gravidanza toccasse quasi il settimo mese, esso invece appariva poco più che quadrimestre; vedevasi atrofico e manifestamente giudicavasi morto da tempo non breve; i suoi inviluppi poi mostravano segni di incipiente putrefazione. La Signora, che pareva giunta agli estremi della vita prima che in lei avvenisse l'aborto, cominciò poco dopo a riaversi, e scorso che fu il puerperio ritornò presto in piena salute.

L'ovo imputridendosi nell' utero può essere invece espulso a più riprese, od a pezzi. D'un fatto di questo genere accaduto ad una sua cliente, diede contezza alla nostra Accademia delle Scienze il 24 Novembre 1854, l'Onorevole Collega signor Dottor *G. B. Baravelli.*

Soggetto della sua storia fu una donna d'anni 38 chiamata Clementina Costa, la quale, rimasta gravida una prima volta, abortì. Passati alquanti anni concepì di nuovo; ma pervenuta al 4.° mese, dopo una forte collera, ebbe i segni di un nuovo aborto, e le acque scolarono. Si prolassò il cordone ombelicale, ma il travaglio dell' aborto si sospese. Venne in iscena uno scolo siero-sanguinolento di cattivo odore, e il cordone prolassato cadde putrefatto. Dopo non molti giorni previe alcune doglie, fu espulsa una gamba ed una coscia del feto in istato di dissoluzione.

Accolta la donna per questa circostanza nello Spedale Maggiore, vi dimorò 18 giorni, e in questo frattempo cessò o diminuì molto, e mutò in meglio lo scolo. La bocca dell'utero era semi-aperta, e le condizioni del suo corpo erano tali da persuadere che nella sua cavità si contenessero veramente altre ossa del piccolo feto. Il Dottor *Baravelli,* che seguitò a vederla di tanto in tanto, potè assicurarsi che ad intervalli, e massime nelle epoche mestruali andava sortendo quando un osso quando un altro. Alcune poche ossa furono raccolte e serbate, ed avendole date in dono al Chiarissimo Prof. *Fabbri,* questi le collocò nel Museo Ostetrico dell' Università. Il giorno 23 Aprile dell'anno 1866 il Dottor *Baravelli*

condusse lo stesso Prof. *Fabbri* a visitare l'antica sua cliente, la quale, ridotta alla miseria più squallida, abitava una cameruccia a tetto nella casa N.° 375 in via del Frassinago. Questa povera infelice godeva di una salute discreta. Il suo utero sembrava assai piccolo, e la porzione vaginale del collo lasciava sentire nella sua cima una lieve fossetta situata alquanto all'innanzi e che indicava il luogo dell'orifizio, il quale appariva al tatto angustissimo e quasi chiuso (1).

Finalmente l'ovo rimasto più o meno a lungo nella matrice, in totalità od in parte imputridendosi, può richiedere di essere estratto.

Francesca Turra, d'anni 65, vedova di Francesco Zanelli, donna vegeta e robusta, che dimora nella terra di Cotignola (distretto di Lugo), prima dei 30 anni ebbe due gravidanze e due parti normali e felici. Rimasta incinta una terza volta, nei primi mesi ebbe a provare fenomeni insoliti, che non lasciavano ben discernere se si trattasse di nuova gravidanza o di malattia.

Fatto sta che una metro-peritonite venne in realtà a complicare più tardi la gravidanza, e poco dopo la sua comparsa, si manifestò una metrorragia che potè essere frenata, adoperando le applicazioni fredde all'addome. La flogosi utero-peritoneale seguitò il suo corso, ma non passò gran tempo che cominciò uno scolo di materie fetenti dall'utero, accompagnato qualche volta dall'uscita di brani membranosi. Da questi sintomi giudicando che il feto fosse in preda alla putrefazione, i due medici curanti, Dottor *Canuto Canuti* e Dottor *Domenico Solieri* dopo non molti giorni dalla comparsa dello scolo, stabilirono che dovesse procurarsi di vuotare l'utero, postochè questo viscere non dava indizio di essere da tanto di espellere da sè il corpo che l'ingombrava. E fu il *Solieri* che avendo trovato che la bocca dell'utero si pre-

(1) Memoria dell' Accademia delle Scienze 1866.

stava, penetrò senza gravissima difficoltà nella cavità dell'utero con tutta la sua mano, e la vuotò distaccando anche la placenta che conservava aderenze abbastanza robuste, e non mostrava caratteri di putrefazione come chiaramente li mostrava il feto. La donna continuò per molto tempo ad essere inferma, ma alla perfine guarì, e sei anni dopo ebbe un'altra gravidanza che andò felicemente al suo termine.

Il Prof. *Fabbri*, che riportò nell'indicata memoria questo fatto interessante (1), dichiarò doverne la conoscenza allo stesso collega signor Dottor *Canuto Canuti*. L'altro collega Dott. *Solieri*, che dimora in Cotignola, gli somministrò gli appunti necessari avendone anche interrogata la donna istessa che conservava piena memoria del fatto. Certo, dice il *Fabbri*, che alcune epoche non sono indicate con tutta esattezza in grazia dei 35 anni che sono trascorsi; ma rimane sicuramente stabilito che vi fu un'emorragia, che il feto perì e passò a putrefazione, che nessun conato d'espulsione ebbe manifestamente luogo da parte dell'utero, e che con molta avvedutezza si ricorse abbastanza per tempo all'estrazione di tutto il prodotto del concepimento.

Fin qui ci siamo occupati di quei casi in cui l'ovo tutto intero resta rinchiuso nell'utero un tempo più o meno lungo dopo la morte dell'embrione o del feto. Ci rimane ora a parlare di un altro fatto, che si osserva esso pure di rado, ma che non è di minore interesse. La donna presa dai dolori dell'aborto o del parto, si sgrava alcune volte dell'embrione o del feto ma non già della seconda, la quale in certe peculiari circostanze, non solo non viene spontaneamente espulsa, ma non può neppure essere artificialmente estratta. Allora d'ordinario, scorso che sia un tempo più o meno breve, finisce col cadere in putrefazione. Ma se ridotta così non è espulsa dalla matrice, o tutta intiera, o sotto forma di sostanze

(1) Memorie dell'Accademia delle Scienze 1866.

corrotte, e queste invece rimangono anche soltanto in parte assorbite, gravissimi pericoli alla donna sovrastano.

Fortunatamente per altro le cose non procedono sempre di tal guisa, giacchè in varie donne la placenta potè rimanere del tutto assorbita. Il primo caso di simil genere lo vidi in compagnia del Dott. *Rivani*, nel Giugno 1838 il quale lo rese poi noto nel fascicolo di Febbraio e Marzo 1852 del nostro Bullettino. Eccolo:

Accadde, scrive il *Rivani*, all'Angela Benetti, d'anni 34, di condizione filatrice, abitante in Fiesso, donna di temperamento sanguigno, di robusta costituzione, simmetrica di forme, che, giunta a termine di gravidanza, dava alla luce verso la metà del mese di giugno del 1838, colle sole proprie forze, un feto perfettamente compito: ma fortuna così non le arrise per lo sgravio della seconda; poichè fu costretta d'invocare i soccorsi d'un perito dell'arte, al quale poi, non so per quali motivi, non venne dato di operare.

Correva infrattanto il sesto giorno di puerperio nella nostra Benetti quando per la prima volta, soggiunge il *Rivani*, veniva io chiamato ad assisterla. Fisonomia animata, senso di cefalea, lingua un poco asciutta, polsi piuttosto frequenti e vibrati, aumento di calorificazione, qualche colpo di tosse secca, scarsezza di orine, costipazione d'alvo, e mancanza di lochi, ecco i sintomi che in quel primo incontro mi si presentarono. Esaminato il basso ventre, questo era trattabile, meno la regione ipogastrica che riscontrai dolente al tatto e voluminosa a modo quale rilevasi quando la placenta è tuttora rinchiusa nell'utero; introdotto l'indice della destra mano nella vagina, potei sentire gli avanzi del funicolo ombelicale che si era già naturalmente in gran parte distaccato, e raggiunta la bocca dell'utero, la riscontrai durissima e ristretta a modo che sarebbe riescito vano non che funesto ogni qualunque tentativo.

Fatto certo con ciò della presenza della placenta, stimai meglio per le su esposte cose di praticare un salasso di 10 oncie, di prescrivere una passata oleosa, di sperimentare per frizioni al collo dell'utero l'uso dell'atropo belladonna, come pure un empiastro di farina di lin seme al basso ventre, e per bevanda una decozione di tamarindo. All'indomani intesi che l'ammalata avea dormito, e che la passata oleosa fruttò copiosi scarichi: il sangue estratto era un po' duro e velato di cotenna, ed i sintomi generali erano d'alquanto rimessi. Ripetei perciò il tamarindo e gli

empiastri. Nella sera dello stesso giorno rivisitava l'inferma, quando dal non ritrovare verun cangiamento rispetto al collo dell'utero mi determinai di sentire a consulto l'amico Prof. *Francesco Rizzoli*, al quale nel dì seguente andai di persona ad esporre l'urgenza del caso: Egli allo istante favorì di portarsi dall'inferma.

Pervenuti al letto della quale, ed esaminata la situazione di quell'infelice, e confermata pure mediante le opportune indagini la presenza della seconda entro l'utero, ciò non pertanto si ebbe per miglior partito di non tentare d'estrarla, atteso specialmente lo stato di durezza e di tensione del grosso collo dell'utero e la forte ristrettezza della di lui bocca; tanto più poi che la puerpera non trovavasi in gran pericolo. Raccomandò nel frattanto il *Rizzoli* d'insistere nelle intraprese cure, e di tenere sott'occhio le condizioni di quel viscere già di troppo compromesso per un processo d'irritazione e di consecutiva iperemia, come lo addimostravano tanto i sintomi locali che generali; suggerì poi l'amministrazione della segala cornuta se le circostanze l'avessero permesso. Fedele agli avuti suggerimenti, senza punto abbandonare gli empiastri e le unzioni, mi comportai di tale guisa per dieci giorni, somministrando pure bevande ora subacide ora mucilagginose: quando a capo di questi venivano a tacere gl' indicati sintomi per cedere il campo ad altri fenomeni. Nel frattempo, si noti, avea di già incominciato a sgorgare dalle pudende uno scarso umore giallognolo e di lodevole natura, ed il corpo dell'utero scemava gradatamente, in modo da poter sperare che la placenta venisse sebbene con lentezza assorbita: insorgeva in allora una generale leucoflegmassia, per lo che, abbandonate le descritte cure, mi diedi invece ad attivare l'apparato uropoietico, a praticare all'uopo clisteri asfettizzati, ad aprire due vescicanti. Fu appunto in seguito di un tale trattamento che coadiuvata natura dall'arte, potè dessa liberarsi, senza espellerlo con proprie forze, entro lo spazio circa di cinquanta giorni, di quel corpo reso in allora non solo inutile ma dannoso.

Aggiugnerò in fine che i soccorsi terapeutici vennero apprestati alla Benetti per ben altri trenta giorni, consistendo questi nei preparati di ferro e nei chinacei, i quali mezzi sciolsero affatto nella inferma la leucoflegmassia e successiva edemazia incontrate sotto le fasi dell'assorbimento placentale. dopo di che rimase perfettamente guarita.

Sul quale proposito d'assorbimento di placenta, segue a dire il *Rivani*, importantissima è pure la seguente osservazione comunicatami ora del Dottor *Severino Zanardi* medico chirurgo condotto in Minerbio.

Sono ormai dieci anni, così si esprime il *Zanardi*, che venni chiamato ad assistere una puerpera che da due giorni si era sgravata naturalmente di un parto gemello settimestre, ma che fatalmente teneva tuttora

rinchiuse nell' utero le rispettive seconde. Giunto al letto dell' inferma potei accertarmi dietro le opportune indagini della loro esistenza entro l' utero, per lo che temendo di qualche sinistro avvenimento in seguito, volli tentare di estrarle: quando per i forti ostacoli incontrati, per la durezza del collo dell' utero e ristrettezza della di lui bocca fui costretto mio mal grado a desistere da qualsivoglia tentativo: mi diedi in allora a combattere i fenomeni di generale sofferimento dell' inferma, e ciò col salasso, cogli oleosi e colle bevande subacide, senza punto dimenticare que' rimedi locali preconizzati nell' urgenza del caso, e cioè gli empiastri emollienti al basso ventre, e le frizioni di atropo belladonna al collo dell' utero; ma in quella guisa che quelli ammansavano i fenomeni generali nella puerpera e la restituivano in uno stato di benessere entro lo spazio di dieci giorni, questi al contrario niun vantaggio apportavano rispetto alle condizioni del collo dell' utero, per cui esperimentata pur anche l' azione della segala cornuta, ma senza frutto, dovetti in fine abbandonare alle sole forze della natura le rinchiuse placente, desistendo inpari tempo dalle cure generali, perchè la puerpera diceva di stare, come di fatti stava, bastantemente bene.

Alzossi in fra poco dal letto ed attese senza molestia alle sue domestiche incombenze senza che dall' utero gemesse umore di sorta, come pure non tardò a godere del beneficio della menstruazione, e rimase in seguito per due volte incinta, quantunque non potesse condurre a termine le gravidanze. Questa donna, ei soggiunge, è tuttavia a poca distanza da Minerbio, è vegeta e robusta, ed asserisce anche al presente che nè in allora, nè poi, partorì le seconde.

Un altro caso nel quale realmente sembra avvenuto l'assorbimento della placenta, fu riferito il 6 Maggio 1852 all'Accademia delle Scienze dal *Baroni* (1).

Una giovane Signora di Roma, giunta al termine della sua prima gravidanza, dopo un travaglio regolare diede alla luce un feto vivente e ben proporzionato. Fu legato il funicolo ombelicale che era alquanto grosso, e si attese la espulsione della placenta, ma indarno, che non avvenne. Passarono così alcuni giorni, quando essendo apparsa una lieve metror-

(1) Memoria dell' Accademia delle Scienze 1853.

ragia, venne dalla puerpera chiamato il *Baroni*, il quale sentì realmente esservi la placenta nell' utero, ma la bocca di questo non permetteva la introduzione della mano per poterla afferrare ed estrarre. Allora, l'emorragia essendo spontaneamente cessata, nè altri fenomeni essendovi che facessero temere per la donna, il *Baroni* stimò miglior consiglio l' attendere, sperando che la placenta venisse assorbita, riserbandosi, se gravi sintomi fossero apparsi, di agire a seconda della necessità. La speranza del *Baroni* fortunatamente si verificò, chè il globo uterino a poco a poco diminuì, la placenta venne totalmente assorbita, e questo senza apprezzabili sconcerti nella Signora, la quale anzi scorsi pochi mesi rimase nuovamente incinta, ed al termine di gravidanza diede alla luce un feto vivo, ben nutrito e conformato, l'espulsione del quale fu seguita poco dopo dall' espulsione naturale della seconda.

In alcune altre circostanze la placenta non resta che in parte assorbita, e non è espulsa prima della morte della femmina che nel suo utero la racchiude, o ne è scacciata soltanto più o meno tardi. Per ciò che spetta agli animali domestici, è bene il porre sott'occhio che fra i preparati di cui fu arricchito recentemente il Museo d' Anatomia patologica comparata della nostra Università, havvene uno di simil genere molto singolare e che fu tolto da una vacca macellata. In questa preparazione il feto manca, perchè era stato espulso durante la vita della madre: ma nell' utero che si conserva rimangono gl' inviluppi fetali incarcerati. Siccome poi questi erano coriacei, e i cotiledoni uterini alterati, e alcuni perfino staccati, così è chiaro che lungo tempo è passato dall' epoca dell' espulsione del vitello all' epoca dell' uccisione della vacca, e che in questa circostanza è mancato solo il secondamento, e la sola placenta colle membrane sono state trattenute dall' utero.

E per ciò che spetta alla specie umana dirò che a me pure è occorso di vedere molto a lungo protratta la espulsione di

placente appartenenti ad embrioni od a piccoli feti stati già scacciati dalla matrice, le quali eransi rimpiccolite, indurite, ma non putrefatte, e così pure ho osservato in una donna sgravatasi di un feto a termine, che la placenta rimase per ben tre mesi nascosta nell' utero senza verun disturbo per parte della donna. Espulsa che fu spontaneamente, si conobbe che in essa placenta era già avvenuto l' assorbimento di tessuto connettivo, di guisa che erasi ridotta ad un corpo quasi sferico del diametro di otto centimetri. Questa placenta trovasi pure nel Museo di Anatomia Patologica di nostra Medico-Chirurgica Società.

Finalmente ho potuto osservare un caso di un interesse anche molto maggiore. Rimasta incinta una meretrice, dopo due o tre mesi essendo stata presa da dolori e contrazioni uterine, assicurò di avere espulso, in un con molti grumi sanguigni, un corpicciuolo che a suo dire avrebbe avute le apparenze d' un piccolissimo embrione, ma non già la seconda. Il Dottor *Massimiliano Masina* che l' assisteva non vedendo ad onta di ciò sopraggiugnere qualsiasi fenomeno d' importanza, anzi cessato essendo del tutto dopo pochi giorni qualsiasi gemitio di sangue, non diede mano, saggiamente, a qualsiasi grave ostetrico provvedimento. Da quell' epoca in poi la donna non rivide più le sue mestruazioni, ma si accorse di un gonfiore che andava lentamente crescendo allo interno del ventre nella regione soprapubica. Avvertitone il Dottor *Masina*, fatte le debite esplorazioni, conobbe che quella tumidezza doveasi alla matrice, ma d'altronde la salute della donna essendo prospera, e dessa non risentendone incomodo alcuno, suggerì mezzi di cura semplicissimi. Nel corso però di oltre quattro anni quella tumidezza di tanto si accrebbe da giugnere ad oltrepassare l'ombelico. Fu allora che la donna cominciò a risentire interpolatamente dei dolori che dalle reni dirigevansi all' imo ventre, e poco stante si accorse d'un gemitio d'umori corrotti dalle pudende. Chiamato di nuovo il *Masina* apprestò opportuni rimedii. Ma

ad onta di ciò lo scolo di quella putredine si fece maggiore, e scorse che furono parecchie giornate, le doglie si fecero così vive e frequenti, da meritare la più attenta considerazione. Amò il *Masina* che io pure visitassi quella donna, e portatomi a lei rinvenni diffatti nell' addome una tumidezza, che dalla forma e dal volume si sarebbe detto appartenere ad un utero nel sesto mese di gravidanza normale. Praticato il riscontro, trovai la bocca dell' utero ampia in modo da potervi insinuare l'estremità del dito indice, il quale internatovi sentì la presenza d' un corpo organizzato alquanto consistente. Nel fare questa esplorazione, umori corrotti in notevole copia sgorgarono. Dalla natura dei dolori, e dallo stato in cui trovai la bocca dell' utero potendo arguire che la matrice tendea a sbarazzarsi di quel corpo, rimasi presso la donna per poterla, se ciò non fosse avvenuto, nei modi convenienti soccorrerla. Ma scorse che furono non poche ore, ad onta che i dolori incalzassero e la bocca dell'utero si fosse ampiamente aperta, non per questo quel corpo era espulso, e rimaneva fermo entro l' utero. Allora trovai necessario di insinuare nel medesimo la mano per riconoscere la cagione che ne impediva la espulsione, e nel modo debito provvedervi. In questa guisa mi fu facile il conoscere che trovavasi tuttora aderente ed estesamente al fondo dell' utero, da cui col bordo della mano staccatolo lo portai fuori senza che per questo ne avvenisse perdita copiosa di sangue. Dopo di che l' utero si contrasse, in seguito colò dalle parti generative un umore che aveva caratteri locchiali. La donna, scorse che furono tre settimane, cessato essendo ogni scolo umorale, trovossi in piena salute, di poi le mestruazioni riapparvero con tutta regolarità. Esaminato quel corpo tosto che fu estratto, si rinvenne in gran parte colto da putrefazione, mentre poi i caratteri anatomici delle porzioni non anco corrotte sembravano i proprii del tessuto della placenta. Parerebbe quindi molto probabile che in simile caso, espulso che fu l'embrione, non si arrestasse per questo la nutrizione nella placenta e perciò la

medesima gradatamente aumentasse. Giunta però lentamente a straordinario volume, mancati allora essendo in lei per particolari cagioni i materiali necessari a nutrirla, lungi dal rimanere assorbita o dall'atrofizzarsi venne colta da un lavoro di dissoluzione, in causa del quale la sua presenza rendendosi all'utero importuna tentò quindi il medesimo di sbarazzarsene. In ciò per altro non essendo potuto riescire, fu d'uopo ricorrere all'arte acciocchè fosse estratta, onde impedire così i pericoli che per lo stato di putredine da cui era rimasta compresa, e per i disturbi da essa lei indotti nella matrice, ne potevano derivare.

NOTA

Un altro caso molto importante in cui dopo la espulsione dello scheletro d'un embrione, la placenta rimasta nell'utero continuò a svilupparsi, mi venne comunicato dall'Onorevole Dottor *Filippo Spadini* Chirurgo Primario a Faenza mediante la seguente lettera:

In seguito ai due lavori sull'Aborto, e Parto mancato, pubblicati lo scorso anno, l'uno dal Ch. signor Prof. *Gio. Batt. Fabbri,* l'altro dall'Eccell. signor Dott. *Giovanni Pilla*, ho stimato conveniente il rendere di pubblica ragione un fatto di simil genere occorso a me stesso, or non ha molto, nella mia pratica privata. E siccome, a parer mio, simil fatto presenta talune particolarità degne di molto rimarco, spero non tornerà discaro a V. S., cui professo la più alta stima, ch'io gliene invii dettagliata narrazione unitamente a tante piccole ossa da formare, quando assieme potessero riunirsi, quasi intero lo scheletro di un embrione di tre mesi circa. Esse sono state parte emesse naturalmente, e parte estratte artificialmente dall'utero e dalla vagina della signora Emilia Mariani di Faenza, separate tra loro, spoglie del tutto di parti molli, e

bianche come fossero state colla macerazione preparate per comporne lo scheletro.

La Marini, sebbene di temperamento linfatico, ha goduto sempre di buona salute. Essa andò a marito nell'età di anni 40. Otto mesi circa dopo il matrimonio sentì i primi sintomi razionali di gravidanza, la quale procedè pei primi tre mesi senz'alcuna grave molestia, ma al principiare del quarto, una sera dopo una non lunga passeggiata, nell'entrare che fece nella propria casa, fu presa da lievi dolori alla regione dell'utero seguiti da uno scolo di sierosità rossastra e molto puzzolente. L'indomani mandò per la Mammana, la quale dopo un'esplorazione interna l'assicurò nulla esservi da temere, per il che non intralasciò le domestiche faccende, nè il consueto suo metodo di vita. Lo scolo seguitava in piccola quantità, e la mattina del terzo giorno dalla visita della Mammana, cioè il giorno 7 Dicembre 1867, trovò nella pezzuola, di cui andava munita, alcune ossicine che sembravano di avambraccio, ed altre che avevano la forma di piccole coste. Di ciò spaventata mi fece chiamare sull'istante, e raccontommi quanto le accadeva. Venni tosto all'esplorazione, e nel penetrare col dito nella vagina sentii dei corpicciuoli duri, sottili, e perforanti a guisa di spine di pesce, e ne estrassi otto o dieci, che conobbi essere tante piccole coste di embrione. Ripetuta l'esplorazione trovai sporgenti dall'orifizio esterno del collo dell'utero, che presentava una dilatazione di una moneta da due centesimi circa, altri di questi corpi duri che potei estrarre in più volte, ed uno dei quali era formato da tutta intera la colonna vertebrale unita alle ossa della pelvi, alcuni rappresentavano altre coste, e varii ossicini appartenenti agli arti superiori ed inferiori. L'estrazione di questi corpicciuoli non cagionò che leggerissimi dolori alla donna, e non ebbe altro seguito che uno stillicidio di mucosità puzzolenti e sanguigne. La malata provò tosto un grande sollievo, e dopo aver guardato il letto per otto giorni, non risentendo alcuna molestia, e non restandole che un piccolo scolo tinto in rosso, ritornò ad attendere ai suoi affari domestici. Scorso un intero mese dalla escita di dette ossa nella notte dell'8 Gennaio 1868 lo stillicidio di sangue, che non era mai del tutto cessato, si tramutò in una imponente emorragia, la quale durando per tutta la notte, e la donna sentendosi di molto indebolire, richiesemi per una visita appena giorno. Giunto presso lei la trovai in uno stato di forte prostrazione e presa da un deliquio, che era la ripetizione di altri avuti nella notte. Rinvenne da quest'ultimo a stento dopo alcuni minuti, ed allora senza perder tempo, perdurando lo stato grave, la feci collocare sulla sponda del letto, e mi riescì di estrarre la placenta, che sporgeva con un piccolo lembo dalla bocca dell'utero. Era questa intera, non putrefatta, e del volume di una

placenta di circa quattro mesi. Esaminando indi i grumi di sangue esciti nella notte, ne rinvenui fra questi uno che presentava della resistenza, e che stretto tra le dita si fece in parecchi frantumi, i quali costituivano il cranio del feto vuoto affatto del cervello. Estratta la placenta cessò l'emorragia; dopo tre giorni si presentò il latte alle mammelle, ed in termine di un mese la Marini potè abbandonare il letto perfettamente guarita.

Terminata questa breve e semplice sposizione del fatto, permetta la S. V. ch'io faccia sul fatto stesso alcune riflessioni. E prima di tutto sembrami evidente che in questo caso trattossi di aborto mancato: indubbiamente (come lo provano le ossa che le ho mandate) l'embrione, per una causa qualunque, è morto prima che la gravidanza fosse giunta al termine del suo terzo mese, ma l'utero anzichè sbarazzarsi subito di quell'ospite oramai per lui inaffine, lo ha tenuto racchiuso entro di sè e tanto, che l'embrione ha subito quel processo d'assorbimento sì bene descritto dall'immortale *Alessandrini*, e pel quale dell'embrione stesso null'altro rimase che il sistema osseo ed alcuni legamenti. Fu allora che la matrice, resasi intollerante della presenza di questo corpo estraneo, cominciò a contrarsi ed espulse le ossa costituenti il tronco ed arti dell'embrione, ma non l'embrione intero, e tanto meno poi l'intero ovo, chè anzi la placenta tutt'altro che venire essa pure espulsa fu trattenuta nell'utero ove subì un processo tanto poco comune, anzi così raro, che merita di essere particolarmente notato. Diffatto nei casi di aborto o parto mancato, se la gravidanza è semplice, noi sappiamo che ordinariamente lo stesso processo, sia poi di assorbimento o di putrefazione, attacca l'intero ovo che è stato trattenuto nell'utero. Sono assai rari gli esempi in contrario, e ben a ragione fu molto ammirato particolarmente l'importantissimo pezzo ostetrico, che presentò nella Seduta Scientifica della Società Medico Chirurgica di Bologna del 20 Giugno 1865 l'Eccellentissimo signor Dottor *Cesare Belluzzi* (1), il quale pezzo, emesso spontaneamente dal-

(1) Il Dottor *Cesare Belluzzi* nell'anzidetta seduta nel presentare il suindicato pezzo patologico ne esponeva la seguente illustrazione:

Il 27 Maggio 1865 visitai certa Maldini........ sposa, che ha avuto vari parti regolari e che si riteneva ultimamente incinta di un mese circa, quando ebbe un forte spavento essendosi appiccato il fuoco presso la sua casa. Non so con quale consiglio praticò essa vari pediluvi; ad ogni modo migliorò degl'incomodi che le erano sopraggiunti, credette che la gravidanza progredisse, le parve anche di sentire deboli moti fetali, finchè giunta alla fine dell'8.° mese vide gemere sangue dalle pudende, che durò per un mese circa e quindi fu presa dai dolori del parto.

l' utero di una sposa, consisteva in un aborto umano di due mesi circa bene conservato ed in relazione con una placenta nonimestre. Che se poi le membrane vengono a rompersi e l'embrione od il feto, in totalità od in parte è espulso, il rimanente dell' ovo o cade in putrefazione o viene assorbito. Io non so che la Scienza abbia registrati altri esiti e quindi il caso mio (nel quale dopo essere stato espulso tutto lo scheletro dell'embrione eccetto il capo, la placenta trattenuta nell'utero continuò a svilupparsi) lo giudico di somma importanza sia sotto l'aspetto scientifico, che sotto l' aspetto pratico, giacchè nei casi di metrorragia, specialmente se l'utero presenterà un volume maggiore di quello che gli è proprio nello stato di vacuità, e se la donna antecedentemente avrà emesse dalle pudende parti di embrione o di feto, ma non tutte quelle che concorrono a formar l'ovo, potrà il Chirurgo, anche per quanto ho narrato, venire in sospetto che forse quella perdita di sangue dipenda dall' arresto entro la matrice della placenta, la quale per di più potrebbe essersi viemaggiormente sviluppata, e quindi le di lui cure dovranno essere dirette in guisa

La levatrice trovò che si presentava la placenta alla bocca dell' utero, ma avvertì il volume del ventre quale suol essere alla metà della gestazione.

In seguito a poche contrazioni uterine la donna espulse la placenta, unita alla quale ed entro un piccolo sacco eravi l'embrione della grandezza di 2 mesi circa.

Portata alla Maternità, io e il signor Dottor *Fabbri* l' osservammo e vedemmo che essa presentava il colorito quasi normale, e veramente sembrava una nonimestre placenta; nella faccia uterina non erano quasi più apparenti le divisioni dei cotiledoni, nella faccia fetale erano alcuni focolari emorragici che abbiamo aperti e in alcuni di essi vi era sangue aggrumato; l'embrione poi era alquanto rammollito ma non soverchiamente.

È degno di essere notato che alla puerpera comparve la secrezione lattea in tale copia, che si presentò agli Esposti per avere un bambino da allattare.

L' interpretazione a mio parere più plausibile di questo fatto (dice il *Belluzzi*) si è che lo spavento sofferto dalla Maldini abbia indotto la morte dell'embrione ad un mese e mezzo o poco più di vita; che abbia soggiornato quasi altri 7 mesi nell' utero senza alterarsi profondamente, nel mentre che la placenta mantenendosi aderente al viscere ha continuato ad essere nutrita ed ha raggiunto lo sviluppo che le si addice al nono mese: la sovrabbondanza del sangue che affluiva alla medesima avrà forse dato luogo alle raccolte ematiche nominate.

Da ultimo avvisò il *Belluzzi* necessaria cosa di conservare anche questo raro pezzo patologico che gli apparteneva, in quanto che non ne conoscea altri che mostrassero tanta sproporzione fra l'embrione e la placenta. Anzi, poichè a lui appunto constava che il gabinetto ostetrico della nostra Università non possedeva un esemplare simile, dichiarò di farne dono alla medesima, lasciandone poi alla Società nostra, cui mostrò il pezzo istesso, una nitida fotografia.

che, oltre all'opporsi ad una ulteriore perdita sanguigna, valgano a facilitare la espulsione del corpo rinchiuso nell' utero.

Eccole, Chiarissimo signor Professore, quelle poche riflessioni che mi sono state suggerite dal fatto che sono venuto or ora narrandole. Io le sottopongo al giudizio stimabile della S. V., della quale anche in questo incontro mi rassegno coi sensi della più alta stima e di rispettosa osservanza.

Faenza 11 Giugno 1868.

Dev. Obbl. Servitore
Dott. Filippo Spadini.

SUL

TRONCAMENTO ACCIDENTALE
DEL TRALCIO
NEI PARTI PRECIPITOSI

LETTERA

AL CHIAR. DOTT. CESARE BELLUZZI

MEDICO PRIMARIO OSTETRICO ALLA MATERNITÀ DI BOLOGNA

Onorevole Collega

Come Ella ben sa, fra i modi criminosi coi quali presso di noi si è cercato da alcune donne rimaste gravide in seguito d'illegittimo amore di spegner la vita al proprio figlio onde nascondere il commesso fallo, è da annoverarsi quello di approfittare qualche volta della maniera speciale con cui per lo più sono costrutti i nostro cessi, per assidersi, o montare coi piedi sui medesimi nell'atto del parto, e quando si accosta il momento della espulsione del feto, affinchè così precipiti l'innocente creatura lungo il condotto di cui sono i cessi forniti, nella convinzione che per le offese che potrà riportarne, e per la inspirazione dei gas mefitici che emanano dal lezzo e dalle immondezze della latrina, vittima ne rimanga. In questi dolorosi casi poi ordinariamente si osserva che, nel precipitare che fa il feto in basso, avviene il simultaneo troncamento del tralcio, cui tien dietro la placenta, la

quale per altro può ancora più o meno tardare ad essere espulsa.

Siccome però un simile avvenimento doloroso non è sempre premeditato, ma qualche rarissima volta accade in modo affatto accidentale, e siccome realmente potè osservarsi che una gestante sentendosi addolorata all'addome e nel medesimo tempo presa dal bisogno d'evacuare l'alvo, dopo essersi assisa su di un cesso, venendo sopraffatta all'improvviso dalla foga di continui e strazianti dolori propri di un parto precipitoso, trovandosi sola e priva d'aiuto, od anco in parte fuori dei sensi, per ciò stesso dovette in sì sconcio modo sgravarsi; così ne risulta che allorquando intorno la realtà di questo fatto potesse sorgere qualche dubbio, ed anzi fossevi luogo a credere che la donna contrariamente a quanto sostiene avesse invece nei modi ordinari partorito, e dopo avere troncato colle forbici, o con altro strumento scindente, o colle stesse sue mani il funicolo, avesse gettato il proprio figlio nel cesso, in allora il Medico legista o l'Ostetrico chiamato ad esternare il proprio avviso in proposito, dovrà perciò tenersi alle indagini più severe onde non esporsi ad errori molto dannosi. E giacchè Ella intorno ad un argomento tanto grave, e con accurati studi, e con buon numero di ben regolate esperienze ha potuto spandere nuova e viva luce, così ho per fermo che gradirà di essere informato d'un fatto accidentale di questo genere a me occorso, che presentò alcune particolarità, la conoscenza delle quali ritengo possa almeno in qualche circostanza contribuire a togliere il perito da penose dubbiezze.

La Signora V. M., dopo esser giunta al quinto lustro di età, trovandosi incinta oltre il sesto mese, sorpresa da gravissima Eclampsia, mentre era dalla medesima oppressa, espulse il feto senza accorgersene. Essendo questa Signora rimasta nuovamente gravida, quando ne ebbe un'assoluta certezza, memore del pericolo incorso nell'antecedente gestazione, e volendo per quanto era possibile prevenire qualsiasi funesto avvenimento, amò di affidarsi intieramente alla mia

assistenza. Travagliata da tormentosissima nevralgia sopraorbitale la trattai col valerianato di zinco, poscia accusandomi altri diversi morbosi fenomeni, fatti che ebbi i convenienti esami, essendomi assicurato che i medesimi derivavano da uno stato di cupa congestione uterina, la sottoposi perciò all'uso giornaliero, ed a lungo continuato, d'alcune pillole formate coll'estratto di aconito e col tartaro vitriolato, come quelle che in seguito di una lunga esperienza aveva riconosciuto giovevolissime in molti altri consimili casi, e che tali pure le rinvennero varii miei distinti colleghi. Così regolandomi, anche in questa gestante ottenni gradatamente la scomparsa dei fenomeni congestivi della matrice, per cui la gravidanza senz'altro speciale aiuto potè giugnere verso il suo termine.

Nella notte del 21 Gennaio 1866, essendo stata assalita la predetta Signora da dolori intensi di ventre che ritenne colici, per liberarsene ebbe ricorso ad una pozione oleosa e a delle fomentazioni sul ventre. I dolori per altro maggiormente incalzando, il marito venne a chiamarmi. Intanto parendole avere bisogno d'evacuar l'alvo, scese Essa dal letto e non avendo la forza di recarsi al cesso, perchè troppo lontano, approfittò di una seggetta che trovavasi nella sua camera. Assistita da una cameriera, mentre con molta pena stava per assidersi sul vaso che quella contiene, presa allora da incessanti vivissimi dolori sentì escire con forza dalle parti esterne generative molta copia di umori, ed un grosso corpo che precipitò entro quel vaso, sul quale subito poggiò colle natiche. Poco dopo avendo tentato di rizzarsi in piedi, del tutto svenne, e giunto io proprio in quel momento la trovai seduta sul vaso stesso, senza polsi, colla testa appoggiata al petto della cameriera, la quale in brevi parole mi avvisò di quanto ora ho indicato. Cercammo allora di toglierla da quel posto, onde sdraiarla sul letto; e ciò facemmo con molto riguardo anche pel dubbio affacciatosi alla mia mente, che il corpo espulso dalle parti generative potesse

essere il feto. E diffatto appena avemmo tentato di rialzarla, potei accorgermi che quel vaso era pieno di sangue, e che alla sua superficie galleggiava un piedino di feto. Afferratolo, immantinente lo portai fuori, ed allora mi avvidi che il funicolo era completamente troncato e che un tratto ne pendeva ancora dalla vulva.

Affidata subito la neonata ad una donna che in quel momento era accorsa, incominciò a vagire, dopo di che riuscimmo ad adagiare la Signora sul proprio, letto, ove tosto si riebbe, e poco appresso senza aiuto alcuno si sgravò della seconda. Svanito essendo allora ogni pericolo, non mi lasciai sfuggire questa propizia occasione per esaminare il troncato funicolo, e per conoscere le alterazioni anatomiche che il medesimo aveva subìte, e per tal modo stabilire ancora con maggiore sicurezza i caratteri anatomici pei quali puossi riconoscere, se il funicolo rimase troncato in forza del peso del feto soltanto, o se ciò fu invece ad arte effettuato.

Prima per altro d'esporre i risultati dei miei esami, anzitutto dirò che in questo caso non potei con sicurezza precisare se quel funicolo si troncò nell'atto che il feto venne espulso e precipitò nel vaso che lo accolse, o se invece quella rottura avverrossi quando la donna tentò di rizzarsi sui piedi onde ricondursi al proprio letto, giacchè quel vaso non essendo molto profondo, se la donna non ne era notabilmente discosta colle natiche allorquando si dispose ad assidersi sul medesimo, il funicolo, attesa la sua lunghezza, pare non avrebbe potuto subìre quello stiramento che era necessario acciocchè si troncasse. Ma sebbene ciò non fosse possibile di precisare, in quanto che lo stato in cui si trovava in quel momento la donna non mi permise di fare questa osservazione, in ogni modo per altro certo si era che tanto nell'un caso quanto nell'altro tale distacco si dovea al peso del corpo della neonata, che è bene si sappia era di mediocre grandezza.

Passato quindi allo esame del funicolo lo rinvenni piuttosto sottile, e mancante della gelatina di Warthon; il suo diametro era minore di un centimetro. Misurato il tratto che rimaneva aderente alla neonata in un con quello che sorgeva dalla placenta, si ebbe la complessiva lunghezza di 45 centimetri. Gl' inviluppi che ne avvolgevano i vasi avevano subìto un marcatissimo stiramento che appariva pure nei vasi stessi, le di cui anse non erano molto pronunziate.

La porzione che rimaneva attaccata al ventre della neonata era lunga 25 centimetri, e nella sua estremità troncata aveva una forma un pochino conica; non era manifestamente frastagliata , ma vedevasi scabra anche ad occhio nudo. Lateralmente poi alla base di quel cono, il quale non era rivestito delle membrane proprie del tralcio, si trovava un branello costituito da queste membrane della lunghezza di due centimetri, il quale branello era un pochino accartocciato, e formava una piccola piramide colla base attaccata al funicolo, la quale era larga cinque millimetri. Questo tratto di funicolo, come accennai, non dava sangue affatto, e vuoti ne erano i vasi. L'altra porzione di tralcio aderente alla placenta era lunga 20 centimetri, la sua estremità troncata vedevasi leggermente incavata, ed un pochino frastagliata; le membrane da cui trovavansi avvolti i vasi formavano l'orlo superiore di quel piccolo cavo, ed erano mancanti soltanto ove staccossi quel branello a forma di piramide che dissi trovarsi invece aderente allo estremo troncato della porzione di funicolo che conservavasi ancora riunita alla neonata. La placenta aveva una figura rotonda, non era molto grande, ed il tralcio sorgeva dal suo centro.

Compiuto che ebbi questo esame, volli allora fare un' altra osservazione che mi parve di qualche importanza. Siccome aveva notato più volte assistendo delle partorienti, che escito il feto, eseguendo delle trazioni sul funicolo pendente dalla vulva onde sollecitare il distacco della placenta, si sentono smagliare le membrane che attorniano i vasi del

tralcio in alcuni di quei tratti in cui sono manifestamente più brevi dei vasi stessi, così stimai ben fatto l'osservare se quando il funicolo fortemente stirato dal peso del feto si tronca, le membrane nei tratti ove sono più corte si smaglino, o subiscano alcune più o meno manifeste lacerazioni. A questo oggetto debitamente esaminai quel funicolo, e diffatti mi accorsi che in varii punti quelle smagliature ad occhio nudo, e meglio ad occhio armato colla lente, apparivano, e ciò più manifestamente notai nelle membrane stesse in corrispondenza al luogo ove il funicolo sorge dalla placenta.

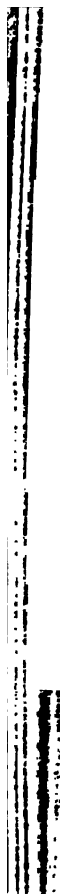
Per le quali cose a me sembra che quando il tratto di funicolo appartenente al feto nel punto troncato non manifesta una rottura netta, e quale vedrebbesi se fosse fatta da uno strumento ben tagliente, ma invece in quel punto è un po' scabro, ed ha una figura conica, o che a questa si accosta; allorchè ivi è denudato delle membrane d'inviluppo, ed uno o più branelli di queste membrane trovansi in vicinanza della sua base, e nel tempo stesso l'estremo troncato corrispondente alla porzione di tralcio che aderisce alla placenta si rinviene incavato e più o meno frastagliato, col suo orlo superiore formato dalle membrane di inviluppo, di cui trovansi soltanto mancanti in quei piccoli tratti che rimasero attaccati all'estremo del funicolo fetale; quando in fine i vasi di tutto il funicolo e le sue membrane si vedono in uno stato di stiramento, ed in queste notansi delle smagliature o delle lacerazioni, specialmente ove il tralcio si inserisce nella placenta, e le anse dei vasi sono meno pronunziate, ed i vari nodi, se esistono, si rinvengono fortemente serrati; in allora si potrà con fondamento ritenere che il troncamento del funicolo è dovuto al peso del feto dall'utero escito.

Allorchè poi quasi tutte queste lesioni anatomiche più o meno marcatamente si osservino, ma lo stiramento del funicolo, e le lacerazioni o smagliature delle membrane si

limiteranno soltanto ad un tratto della sua lunghezza, in questi casi potrà sorgere il sospetto che il troncamento del funicolo abbia avuto luogo piuttosto mediante le mani, perchè la loro azione non estendesi d'ordinario a tutto il tralcio. Quando infine gli estremi corrispondenti al troncato funicolo presentino una superficie piuttosto netta, non conica o concava, senza rimarchevoli frastagli di membrane, e queste ed i vasi del tralcio non sieno fortemente stirati, le loro anse si palesino molto marcate, ed i nodi del funicolo, se ve ne abbiano, non trovinsi fortemente stretti, in questi casi con molta ragione potrà ritenersi che il funicolo sia stato diviso con uno strumento tagliente, bene od anche male affilato.

Sia cortese, Onorevole Collega, di sottoporre alle sue saggie considerazioni queste mie osservazioni, ed intanto mi abbia pieno di altissima stima.

Bologna 1 Febbraio 1866.

Suo Ossequiosissimo Collega
Francesco Rizzoli.

DI UN PARTO

PRECOCE ARTIFICIALE

E DEL PARTO

PROVOCATO ED ARTIFICIALE ISTANTANEO

PER LE VIE NATURALI IN SOSTITUZIONE

DEL TAGLIO CESAREO

NELLE DONNE ESTINTE A GRAVIDANZA AVANZATA

Se negli antichi tempi l'aborto procurato, e per motivi disonesti, e per rispetti sociali, e per istrane superstizioni non era ritenuto un delitto; se andò impunito presso colti e civili popoli, quali furono specialmente i Greci ed i Romani, e se anzi nel produrlo molto celebri si resero, Agnodice, Cleopatra, ed in singolar modo Aspasia, non mancarono però uomini sommi e filantropi, come Ovidio, Seneca e Giovenale, che testimoni di questa nefanda pratica altamente la biasimarono, e fecero voti perchè fosse del tutto proscritta. E ciò che più monta lo stesso Ippocrate, nelle cui opere sta riunita alla molta di lui sapienza quella dei suoi più illustri predecessori, ordinò con modi imperiosi ai suoi discepoli di giammai adottarla. Ad onta di ciò i governi non ne fecero calcolo, e non fu che sotto l'impero di Severo, di Antonino, e specialmente di Costantino il Grande, che di gravissime pene fu minacciato colui, che l'aborto avesse ad arte procurato; anzi nel XV secolo in Francia ordinavasi di abbruciare vive quelle madri che erano

scoperte ree di un tale delitto; il che arrecò immenso benefizio alla umanità, in quanto che il timore d' incontrare gravissime pene e la stessa morte fece desistere da sì orrido tentativo, e da quell' epoca in poi ove il rigor delle leggi a tal riguardo si fece sentire, non venne più l' aborto artificiale impunemente praticato. E ben ci duole che questi rigori non siansi estesi per tutto il mondo, giacchè fra quei popoli ove mancano, l'aborto artificiale è anche oggi giorno frequentissimo. In Turchia di fatti e specialmente in Egitto, la demoralizzazione lo ha reso comunissimo. In Siberia le donne se lo procurano per continuare a piacere ai propri sposi. All' Isola di Ceylan, ed all' Isola Formosa non è che a 35 anni che le donne hanno il diritto di divenir madri, per cui prima di questa epoca rimanendo incinte si favorisce in loro l' aborto da delle sacerdotesse. Alla Nuova-Galle del Sud questo medesimo ufficio viene procurato alle donne gravide dai loro conoscenti. I Giapponesi, i Chinesi, gl' Iraquoriesi fan perire pure così, quando lor piace, i frutti dei propri amori.

Ma questa pratica, per noi detestabile e criminosa usata che sia coi fini riprovevoli sopra indicati, richiamò l' attenzione dei più distinti Chirurghi, allorchè nel 1750 Guglielmo Cooper la propose all' Hunter, in quei casi, in cui rilevandosi una straordinaria ristrettezza della pelvi in donna incinta, niun altro scampo rimanea onde salvare a questa la vita, che sottoporla a gravidanza compita alla più orribile delle ostetriche operazioni, il taglio Cesareo. Un tale consiglio fu ed è tuttora in Inghilterra frequentemente abbracciato, ed è pure sanzionato dal Neegele in Allemagna, dal Deguerre, dal Dubois, dal Velpeau, dal Cailly, dal Cazeaux in Francia, nel Belgio dal Van Heuvel e dal Simonart, in Italia dal Raffaele, e da altri.

Io però candidamente lo confesso, che sebbene ritenga assai proficuo qualche volta il procurare ad arte l' aborto,

non mi sento in un con altri Ostetricanti inclinato a consigliarlo nella circostanza or ora indicata, voglio dire di grande ristrettezza nella pelvi, giacchè di tale guisa operando la perdita del figlio è irreparabile, essendo possibile invece di salvar la madre ed il feto eseguendo in fine di gravidanza il taglio Cesareo (1). Credo poi conveniente, anzi necessario il favorire l'aborto quando per qualsivoglia altra cagione la vita della madre non può essere salva, se non che liberando prontamente l'utero dal prodotto del concepimento.

Che se il consiglio dato dal Cooper nell'indicata circostanza non potea per le addotte ragioni ottenere la generale sanzione, l'idea però di far partorire la donna a gravidanza non compita conduceva invece i Chirurghi a procurare, non già l'aborto, ma sibbene il parto prematuro, alloraquando il vizio di conformazione della pelvi lo potesse permettere. Il quale parto nel tempo stesso che rassicura la vita del figlio, risparmia alla madre i dolori ed i pericoli che sono inerenti alla gastro-isterototomia.

Per altro questa pratica salutare trovò anch'essa i suoi avversari. Il Baudelocque infatti dichiarò il parto prematuro artificiale un delitto: il Capuron giunse a dire che quest'operazione era un attentato alle leggi divine ed umane, e l'Accademia di Medicina di Parigi intorno a ciò richiesta dal dott. *Costa* nel 1827, rigettò la dimanda come sconveniente ed immorale: lo Stein, l'Osiander, il Joerg, consimili pensamenti esternarono. E in realtà appena venne questo mezzo proposto, parve che l'esperienza mostrasse doversi gli Ostetricanti dal medesimo allontanare. Accadde in fatti che procurato artificialmente il travaglio del parto nel 6.° o 7.° mese di gravidanza, presentandosi il feto di un volume alquanto maggiore di quello che suol mostrarsi a quest'epoca, non potè il feto stesso attraversare la pelvi, perchè di ampiezza alla

(1) Si mostrano pure in Italia avversi all'aborto provocato in simili casi il Lovati, il Minati, il Iacolucci, il Pastorello, e il Sillani.

di lui mole non proporzionata; accadde qualche altra volta che il feto non potè essere naturalmente espulso, perchè la madre credendo di non aver ancor tocco il 7.° mese di gestazione, era invece questa maggiormente inoltrata, e quindi tale era il volume del feto stesso da non poter superare gli ostacoli che nella viziata pelvi incontrava; avvenne in fine che si procurasse artificialmente il parto prima che la gravidanza fosse giunta alla fine del sesto mese, supponendo che la medesima fosse a quest'epoca pervenuta, e si dasse quindi luogo alla espulsione di un feto incapace di vivere e di svilupparsi.

Questi sfortunati incontri per altro non trattennero i più moderni dal praticare nelle circostanze opportune questo parto prematuro; non li trattenne il riflesso che non solo i mediocri ma ben anco gli ostetricanti più illustri si ingannarono nel misurare i diametri o l'ampiezza della pelvi; non li trattenne il pensare che lo stesso Baudelocque, il quale era l'ostetricante più celebre che conoscesse a' suoi tempi la Francia, sottopose al coltello Cesareo una donna, che giudicò così male conformata da non potere in alcuna altra maniera partorire, la quale donna poi dopo un anno si sgravò naturalmente d'un feto a termine e ben complesso, alla presenza di molti allievi nell'anfiteatro di Capuron. Ma fattosi i Chirurghi maggior carico dei modi migliori per eseguire la pelvimetria, rinvenuti i mezzi di assicurarsi con maggior precisione delle varie epoche della gravidanza, e del volume a cui può esser giunto il feto, riuscirono ad evitare i predetti inconvenienti, e poterono, operando così, a molte donne in unione ai loro figli conservare la vita. Lodi per tanto, anzi molte lodi tributiamo a un Denman (1), a un Macaulay, a un Kelly, ad un John,

(1) Nel 1756, dopo le istigazioni di Denman, parecchi illustri medici di Londra riuniti in consultazione unanimemente dichiararono questa pratica vantaggiosa e morale.

ad un Barlow, ad un Ramsbotham, ai due Merimann, ad un Campbell, ad un Burns, ad un Marshall, e a molti altri che in Inghilterra tale operazione adoprarono, ad un May, ad un Weidman, ad un Wenzel, ad un Kraus, ad un Mende, ad un Bettecheler, ad un Kluge, ad un Harras, ad un Reisinger, ad un Outrepont, ad un Wintkler che in Allemagna la praticarono, ad un Lovati, ad un Cisinelli, ad un Billi, ad un Ferrario, ad un Bresciani che in Italia non la risparmiarono, ad uno Scheel, ad uno Talomone di Leyde, ad un Vrolik, ad un Velpeau, ad uno Stoltz, ad un Dubois, ad un Dezeimeris, ad un Buchardat, ad un Figueira che, o in Francia, o in Danimarca, o in Olanda l'usarono.

Varii pertanto furono i mezzi che questi Chirurghi, e di poi molti altri, proposero ed adoperarono onde dar luogo alla espulsione prematura del feto, alcuni dei quali agendo sull'organismo per effetto secondario promuovono le contrazioni uterine, altri invece le risvegliano operando meccanicamente e direttamente sull'utero stesso.

Come è ben noto appartengono alla 1.ª classe in ispecial modo i salassi, i bagni, l'uso interno della segala cornuta; ma siccome l'influenza di questi mezzi è molto incerta, egli è perciò che i medesimi vengono trascurati in quei casi in cui abbisogna agire con sicurezza, e prontezza.

Quelli che appartengono alla seconda classe sono le frizioni esercitate sul fondo e sul collo dell'utero, l'elettricità, il tamponamento della vagina, la perforazione delle membrane, l'introduzione d'un corpo estraneo nel collo dell'utero.

Il D' Outrepont è quello il quale ha consigliato le frizioni spesso ripetute sulla faccia anteriore del ventre, alle quali il Ritgen propose di aggiugnere il vellicamento fatto sul collo uterino mercè di uno o più diti introdotti in vagina: ma l'irritazione che in simil modo si produce è tanto debole e di così breve durata, da non riescire quasi mai a risvegliare con sicurezza il travaglio del parto.

Schoeller di Berlino nel 1839, avendo osservato che il tampone usato nelle donne incinte in caso di metrorragia è capace di dar luogo al parto prematuro, lo ha consigliato in quelle circostanze nelle quali appunto il parto prematuro artificiale viene indicato, ed in cinque casi in cui l'avea tentato, quattro feti erano nati vivi (1). Ma la lentezza colla quale mediante il tampone si eccitano le contrazioni uterine, e spesso ancora la di lui insufficienza da altri osservata, non inducono a preferirlo quando l'Ostetricante abbisogna d'un espediente d'azione pronta e sicura; prontezza e sicurezza che ottiensi colla perforazione delle membrane dell'ovo detta da alcuni amnionixi. Con questo mezzo, che è il più antico, procurandosi lo scolo del liquore dell'amnio, accade la retrazione delle pareti dell'utero e lo sviluppo più o meno pronto delle di lui contrazioni (2). Sebbene però questo metodo sia di assai facile esecuzione, e non induca nel compierlo che leggieri molestie o dolori alla madre, nulladimeno bisogna convenire che assai frequentemente espone a qualche rischio la donna, compromette l'esistenza del feto, e quindi non soddisfa pienamente allo scopo cui è destinato. Ed in realtà lo scolo precedente del liquore dell'amnio, non permette nell'atto del parto la formazione del sacco amniotico, segmento di sfera, che insinuandosi nel collo dell'utero,

(1) Hüter introdusse in vagina una vescica piena di decozione di segala cornuta. Braun di Vienna propose invece una sacca di caoutchouc vulganizzata. Cohen di Hambourg ha commendato l'uso delle iniezioni intrauterine. Kiwisck invece consigliò le irrigazioni in vagina, per le quali Dubois si prevale dell'irrigatore di Eguisier. Campbell procura che il getto sia spinto contro il collo della matrice. Scanzoni vanta le fumigazioni di acido carbonico.

(2) Per eseguire la punzione, Marshall si vale d'una sonda d'osso di balena. Stoltz del tre quarti da idrocele. Alcuni si servono di un lapis, di una penna, della punta d'una forbice, di un bistorino. Mai, adottò una sonda in cui si insinuava un ago. Wenzel si valeva d'una canula curva, e di un manico terminato in un trequarti.

ne favorisce la graduale dilatazione, ed impedisce così quel più o men forte irritamento che ha luogo nel collo della matrice allorchè tale dilatazione, per l'avvenuto scolo delle acque, è procurata dalla sola testa del feto. La quale testa dovendo da sè favorire l'ampliamento del ristretto foro uterino, deve pure essa incontrar grave danno. Lo scolo del liquore dell'amnio poi non essendo immediatamente susseguito dalle contrazioni uterine, ma tardando queste in alcuni casi due od anche tre giorni a risvegliarsi, ed una volta incominciate richiedendosi d'ordinario altre 24, od anche 48 ore acciocchè la bocca dell' utero si mostri in tale guisa dilatata da permettere una facile uscita al feto, ne risulta da ciò che a motivo della compressione in tutto questo spazio di tempo esercitata dalle retratte pareti uterine sul feto, tali disordini avvengono nel circolo sanguigno che ha luogo fra la madre ed il figlio, da indurre in questo sconcerti gravissimi, e spesso ancora la stessa morte.

Tali inconvenienti però l'Hopkins stimò potersi ovviare perforando le membrane in un punto elevato dell'ovo, nel qual modo si favorisce soltanto lo scolo di quella porzione di liquore dell'amnio che può essere sufficiente onde dar luogo allo sviluppo del travaglio del parto. Il Meissner diffatti a questo fine, lungi dal perforare le membrane stesse nel punto corrispondente al collo uterino, le punse invece verso il fondo della matrice: in tal modo non potendo uscire che quelle poche acque le quali si trovavano al di sopra della puntura, rimase così difeso il feto da quelle che si trovavano al dissotto della medesima. Ma quantunque la canula a quest' uopo inventata dal Meissner sia molto ingegnosa (1), tuttavia l'introduzione di essa a tanta altezza

(1) Questa canula è d'argento, e ricurva. Alla medesima si adattano due fusti, l'uno terminante ad oliva, l'altro a dardo, il quale viene sostituito al primo per forare le membrane introdotta che sia la canula in alto, e posteriormente fra le membrane stesse e l' interna superficie uterina.

dentro l' utero presenta non poche difficoltà, ed espone al rischio nell'atto che si vuol pungere il sacco, di ledere col perforatore in essa contenuto, o le pareti uterine, o qualche parte del feto. Oltre di che in simil modo operando puossi colla canula staccare la placenta in qualche tratto, ogniqualvolta questa si trovi aderente all'utero in quei punti lungo i quali la canula stessa viene insinuata: e può pure rimanere ferito dal punteruolo qualche grosso vaso placentare, e derivarne così emorragie più o meno gravi per la madre e pel figlio. I quali scogli tutti potendosi con facilità evitare, valendosi invece della dilatazione del collo dell'utero, fu per questo che celebri Ostetricanti le diedero la preferenza, preferendo a quest'uopo più generalmente di introdurre nel collo uterino un cono di spugna preparata, e di ivi mantenerlo finchè si dichiara il travaglio del parto.

Ma questo metodo è egli poi costantemente eseguibile anche quando il collo dell' utero è in istato fisiologico? Ecco ciò che sempre non è, ed ecco anzi uno dei principali motivi pei quali, indipendentemente anche della irritazione qualche volta grave che induce nella matrice e che lo fece rigettare dal Simpson, alcune volte non può essere posto in pratica. Nelle primipare infatti il collo dell' utero conserva una figura fusiforme fino verso il termine della gravidanza, l' orifizio esterno del collo dell' utero pochissimo si allarga, motivo per cui al 7.° od all' 8.° mese riesce, sebbene in pochi casi, molto difficile od anche impossibile, la introduzione di quei corpi, o di quegl' istrumenti che possono favorire la dilatazione del collo dell' utero istesso, e quindi l' incominciamento del travaglio del parto.

La quale impossibilità essendomisi presentata in un caso in cui la necessità mi obbligava di eseguire il parto prematuro artificiale e nel quale volea pur risparmiare l'amnionixi, credo perciò non sia mal fatto lo indicare qui il modo con cui riescii a superare le difficoltà che al metodo della dilatazione si frapponevano.

Nel mese di Marzo 1846, mi si presentò una giovane di brutto aspetto, piuttosto piccola, scarna e gibbosa, la quale narrommi che disgraziatamente innamoratasi alla follia di un giovine molto avvenente, di continuo dal medesimo istigata, cedè pur troppo ai di lui desiderii voluttuosi. Ma non ebbe appena saziate le brame di colui che con tanta insistenza l' avea sedotta, che pago di aver colto in lei il fiore della verginità, per sempre l' abbandonò. A tanta sciagura un' altra anche maggiore s' era aggiunta, la giovane dubitava in quell' accoppiamento d'essere rimasta feconda. Al che pensare era indotta dall' osservare che alquanto tumide si fecero le di lei piccole mammelle, dall' esser presa da senso di lassezza, da anoressia, da vomito, dal non ricomparire la mestruazione all' epoca nella quale dovea la medesima presentarsi, dal palesarsi insomma quei segni pei quali la gravidanza può sospettarsi. Sospetto che, e pel progressivo aumentarsi del ventre, e pei movimenti del feto che in tempo debito palesaronsi, cangiossi in certezza, la quale fece giugnere al colmo il suo dolore, in quanto che oltre la tema di non riescire ad occultare il proprio fallo e di incontrare perciò la taccia di impudica e scostumata da coloro che savia ed onesta la ritenevano, si aggiungeva ancora il pensiero gravissimo di non potere a motivo della sua mala conformazione, espellere naturalmente il feto.

Mi supplicava perciò ad avere pietà del di lei stato, e a dirle francamente se questi ultimi timori erano ben fondati. Fattomi pertanto ad esaminarla, ed assicuratomi io pure che ella era incinta, assai facile mi riescì il riscontrare che la di lei pelvi era realmente viziata. Rimaneva però a stabilire se questo vizio di conformazione era tale da poter permettere che la giovane da sè, o coll' aiuto della mano, o del forcipe riescisse ad espellere il feto a gravidanza finita, o se invece il difetto così grave si presentasse da non poter questo sperare; al che precisare, eseguii in quel giorno, e di

poi replicatamente, non solo la pelvimetria manuale esterna ed interna, ma ben anco la istrumentale, valendomi a quest'uopo di diversi pelvimetri, nel qual modo potei assicurarmi che il diametro antero posteriore dello stretto superiore era il più breve, ed avea la lunghezza di 2 pollici e 6 linee soltanto, il che dovea opporre un insuperabile ostacolo all'escita per le vie naturali di un feto vivo ed a termine. Ad onta di ciò inculcai alla giovane di non rattristarsi, facendole conoscere aver luogo in lei tali favorevoli circostanze da potere, senza timore, con quiete d'animo e sicurezza, prevalersi di un mezzo sanzionato dagli uomini i più saggi, onesti e filantropi e che permettea di risparmiarle, la più orribile delle ostetriche operazioni, quale si è il taglio Cesareo. La pelvi infatti di questa disgraziata presentava il maggiore difetto nel diametro antero posteriore dello stretto superiore, che come dissi riscontravasi lungo 2 pollici e 6 linee soltanto; lo che permettea il parto prematuro artificiale al 7.° mese di gravidanza, giacchè i diametri con cui la testa del feto attraversa la pelvi, sono appunto in allora di circa 2 pollici e mezzo. La gravidanza era da quest'epoca alquanto lontana, una volta sola la giovane erasi sottoposta all'accoppiamento, e quel che è più precisandone essa il giorno ciò potea servir di scorta certa affine di non anticipare, o ritardare di troppo l'incominciamento del travaglio del parto. Per fortuna la giovane stessa, che era di campagna, poteva affacciare scuse plausibili onde recarsi per qualche tempo in città, e quivi nascondersi, delle quali scuse appunto ella si approfittò quando la gravidanza fu giunta verso i 6 mesi e mezzo, nella quale epoca andò a ricoverarsi presso una Mammana. Quivi fu da me nuovamente esplorata e visitata, ed anche allora mi confermai, e della gravidanza, e del difetto di pelvi superiormente indicato.

Richiedendo pertanto le circostanze che in questo caso si procurasse il parto prematuro artificiale precisamente al 7.° mese compito di gestazione, dovea il medesimo aver luogo

ai 23 di Maggio 1846, giacchè ai 23 di Ottobre 1845 la giovane era rimasta fecondata. Ma io avrei amato pei motivi che ho esposto di procurar questo parto non già colla puntura del sacco che concorre a formare l'uovo umano, ma colla dilatazione del collo uterino, e d'altronde un gravissimo ostacolo a ciò si opponeva. E in realtà se in quasi tutte le primipare il collo uterino conserva una figura fusiforme fin verso la fine della gravidanza, e l'orifizio esterno del collo dell'utero al 7.° mese trovasi perciò tanto ristretto da rendere spesso difficile l'introduzione di quei mezzi meccanici che devono servire ad allargare il collo dell'utero, e ad irritarlo in modo da promuovere il travaglio del parto, nella giovane di cui parlo tale si manteneva la lunghezza, grossezza e resistenza del collo uterino, e così ristretto il di lui orifizio esterno, da vietare non solo l'introduzione della spugna preparata, ma ben anco di qualsivoglia dilatatore tanto valido, da potere con esso superare la resistenza che opponevano le grosse pareti del collo di quella matrice, ed allargarne gradatamente l'apertura di guisa che permettesse di poi l'introduzione della spugna. Ma giacchè 15 giorni ancora dovevano scorrere prima che la gravidanza giungesse al 7.° mese compito, piuttosto che ricorrere nel momento opportuno all'amnionixi, che in questo caso a motivo della lunghezza, grossezza, consistenza del collo uterino, e singolare ristrettezza del di lui orifizio esterno, dovea rendersi maggiormente pericolosa per la madre e pel feto di quello che non avvenga nei casi ordinari, approfittai invece di questo spazio di tempo onde tentare quei mezzi che la esperienza mostra capaci di favorire in simili circostanze l'allargamento della bocca dell'utero, ed ebbi perciò con prudenza ricorso da prima al salasso, al semicupio, alle iniezioni ammollienti, alle unzioni rilassanti fatte sul collo dell'utero, preferendo specialmente l'unguento d'atropo belladonna; di poi passai, sempre colle dovute cautele, all'uso interno della segala cornuta, alle frizioni replicatamente fatte sul fondo

dell'utero, alle titillazioni del di lui collo, al tampone introdotto in vagina; ma anche questi espedienti, che come dissi riescono qualche volta non solo a favorire l'allargamento del collo dell'utero gravido, ma ben anco a promuovere sebbene lentamente lo stesso travaglio del parto, in questa circostanza non valsero a dar luogo al più che piccolo ampliamento dell'esterno orifizio uterino. Intanto pochi giorni rimanevano al compimento del 7.° mese di gestazione, ed ogni qualvolta io avessi pur voluto usare il metodo della dilatazione, l'ultima risorsa che la scienza lasciavami si era di far precedere alla dilatazione stessa lo sbrigliamento del collo della matrice, onde acquistare così tanto spazio che permettesse di insinuarvi un piccolo cono di spugna. Ma chi non si accorge quanti mali avrei potuto temere dalla distrazione indotta dalla spugna, che così applicata, per l'umidità che incontra sollecitamente si ingrossa, quanti mali dissi avrei potuto temere da tal distrazione indotta in un organo quale è l'utero fornito di tanti nervi, maltrattato, e reso maggiormente sensibile da replicate incisioni? Invece pertanto di ricorrere a questo pericoloso espediente, mi venne il destro di fare un altro tentativo. Non obliai che l'Hamilton fino dall'anno 1795 era riescito non solo ad allargare il collo dell'utero, ma ben anco in qualche caso a promuovere il travaglio del parto insinuando dentro il collo della matrice un dito od una siringa, con cui giugnendo tra la faccia interna dell'utero e l'esterna membrana dell'uovo, staccava così le aderenze che fra quella e questa rinvengonsi nel loro segmento inferiore (1). Or bene nella speranza di potere io

(1) *Campbell*, *Braun*, *Mampe* a quest'uopo preferiscono una sonda elastica arrotondata nella sua estremità affine di impedire la lacerazione delle membrane. *Stoltz* si vale di una siringa metallica che insinua fra l'ovo e la matrice, ed ivi la lascia sinchè l'orifizio uterino è completamente aperto. *Lhemann* propone d'introdurre una siringa non molto grossa nell'utero fino all'altezza di 20 ai 25 centimetri, da ritirarsi poco dopo la sua introduzione, rinnovando questo cateterismo finchè il travaglio del parto è bene dichiarato.

pure, eseguendo un tale distacco, ottenere se non la comparsa dei dolori del parto, tale ampliamento almeno di quel ristrettissimo orifizio uterino che mi permettesse di insinuarvi poscia quei mezzi meccanici dei quali i chirurghi fanno uso nel metodo della dilatazione, mi determinai di tentare simile distacco mediante una siringa. Ma d'altronde un catetere ordinario così sottile da poter essere insinuato con facilità entro quel lungo, grosso e duro collo uterino, il di cui esterno foro presentava appena una linea di diametro, non potea offrire tale consistenza da impedire che si piegasse o si torcesse allorchè introdotto nell'utero io voleva dirigerlo in modo da dar luogo al distacco del segmento inferiore dell'ovo. Ad evitare quindi un simile inconveniente mi valsi d'una siringa retta ottusa del diametro di una linea, il di cui stiletto era di tale grossezza da riempirla esattamente, e da renderla così bastantemente robusta.

Nel giorno 19 Maggio pertanto, fatta collocare la giovane alla sponda del letto in quella posizione medesima che viene preferita quando vuolsi applicare il forcipe, introdotto l'indice della mia mano sinistra in vagina fino contro l'orifizio esterno del collo dell'utero, dietro la scorta del dito stesso insinuai dentro quell'orifizio il becco della siringa, e dirigendolo con dolcezza in alto, e nella direzione dell'asse della pelvi e dell'utero, giunsi ad oltrepassarne l'orifizio interno. Inclinato quindi il padiglione del catetere in avanti verso il pube della giovane, potè il becco del catetere istesso essere insinuato dolcemente fra la superficie posteriore ed inferiore dell'ovo e la corrispondente faccia interna dell'utero, dalla quale lo staccai facendo eseguire dei movimenti di semicerchio al padiglione della siringa, poscia, abbassando e portando all'indietro il detto padiglione, condussi a poco a poco il becco dell'istrumento fra la superficie anteriore ed inferiore dell'ovo e la corrispondente faccia interna dell'utero, e scorrendo colla estremità della siringa sulla stessa faccia interna ed inferiore dell'utero staccai ivi pure la porzione

corrispondente dell' inferiore segmento dell' ovo. E sebbene io non avessi tema di aver perforate le membrane che rinchiudono il feto, sapendo che quando l' utero non è in contrazione, piuttosto che rompersi, spinte che siano dolcemente in dietro col dito o con qualche ottuso istrumento, cedono, s' infossano e si staccano, pure onde convincermi maggiormente di ciò, non avendo sentito colare alcun liquido in vagina, ritirai lo stiletto dalla siringa, e neppure una goccia di umore lungo la medesima escì (1).

Questa operazione non si rese in alcun modo molesta alla giovane, non indusse in lei sconcerto alcuno che le vietasse di attendere ai propri lavori. Il giorno appresso rivedutala ed esplorata, rilevai con piacere che la bocca dell' utero erasi di tanto ampliata da ammettere l' estremità del mio dito mignolo, e che il collo dell' utero erasi notabilmente accorciato.

Ma essendo già scorse altre due giornate senza che un ulteriore ampliamento del collo dell' utero, o gli altri segni precursori del parto si fossero presentati, e non potendo per questo sperare che senza altro aiuto il travaglio del parto si

(1) In un caso di questo genere in cui volli del pari sperimentare da prima il distacco dall' utero di porzione del segmento inferiore dell' ovo. non riuscendomi agevole il praticarlo mediante la indicata siringa retta, diedi la preferenza alla mia sonda esploratrice dei calcoli, che è d' acciaio, non cava ma massiccia leggermente ricurva nella sua estremità vescicale a guisa della siringa da donna, Tav. 23.ª fig. 2.ª, avente dall' altro lato un manico d' acciaio, e che altrove dissi avere così costrutta acciocchè colla medesima (come per varii esperimenti fatti sembrami indubitato) possa meglio sentirsi la risonanza anche dei piccoli e men duri calcoli, di quello che non avvenga usando quella avente alla sua estremità superiore un ampio, e sottile disco di legno. Attesa la piccolissima curva di cui all' estremità ottusa è fornita, potè la sonda, nel caso di cui parlo. essere insinuata con molta maggiore facilità entro il collo uterino, e fra il segmento inferiore della matrice e l' ovo, ed in quel tratto procurarne il distacco.

risvegliasse, mi determinai a sollecitarlo mediante il metodo della dilatazione, permettendolo le favorevoli condizioni nelle quali in allora trovavasi il collo della matrice. Se non che, quantunque io fossi potuto riuscire ad insinuare con molta facilità un cono di spugna dentro il collo uterino, massime quando lo avessi ancora maggiormente allargato mediante un dilatatore metallico, tuttavia riflettendo che la presenza prolungata della spugna in esso collo, è sorgente qualche volta di irritazioni moleste ed anche gravi, avvisai piuttosto di favorire quell' allargamento e di risvegliare insieme le doglie del parto mediante il solo dilatatore metallico, la di cui azione graduata, dolce e breve fosse però ripetuta (1).

(1) *Busch* immaginò di poi un apposito dilatatore la di cui sottile estremità permette pure di penetrare con agevolezza nell' orifizio uterino. Questo dilatatore si introduce nel collo alla profondità di 15 millimetri circa, poi si apre gradatamente finchè abbia determinata una contrazione, un dolore piuttosto forte. Se ne ripete l' applicazione di tratto in tratto sinchè si hanno indizi certi d' incominciamento di travaglio di parto.

Barnes nel 1862 si valse di un apparecchio composto di tre sacchetti di caoutchouc di varie grandezze che sono rigonfi alle loro estremità, e ristretti nella parte media. Sono i medesimi muniti di un tubo con cui si può introdurre nella loro cavità, mediante una canula, l' acqua necessaria per distenderli. Questo ingegno meccanico non può essere applicato se non se quando si è ottenuto in antecedenza un notevole grado di dilatazione dell' orifizio uterino. *Keller*, *Storrer*, e *Braun* si sono prevalsi di mezzi analoghi a questo. *Schnakebnerg* ha immaginato un particolare dilatatore che denomina *Spheno-Siphon*. È composto di una siringa lunga 12 centimetri circa, munita d' una vite che serve a fissare lo stantuffo a diverse altezze, all' altra estremità della siringa si adatta una canula lunga 5 centimetri avente due fori laterali. Questa canula è coperta da un sacchetto impermeabile. Per servirsene l' Ostetricante introduce la canula entro il collo, e versa, rialzando la siringa, dell' acqua tiepida nel corpo della pompa, quindi fa avanzare lo stantuffo per mezzo della vite, il quale mano mano che avanza una maggiore quantità di liquido è spinta nel sacchetto che si gonfia fino a distendersi per quattro centimetri.

Mattei per favorire la dilatazione del collo uterino propone di valersi d' una vescica di montone fissata sopra una sonda metallica

Collocata per tanto la donna alla sponda del letto nella posizione in cui l'avea posta due giorni innanzi allorchè eseguii il distacco parziale dell'ovo, insinuato l'indice della mia mano sinistra fin contro l'esterno orifizio uterino, dietro la scorta di quel dito, feci entrare nell'orifizio stesso e corrispondente collo l'estremità del dilatatore metallico a due branche (1), di cui fassi da alcuni uso nella cistotomia lateralizzata onde ampliare una assai ristretta incisione fatta nel collo della vescica e nella prostata, e col medesimo, adagio adagio, allargai quella apertura. Niuna molestia risentì la giovane da questa operazione, la quale non durò più di un minuto.

Nel giorno appresso fatti gli opportuni esami trovai il collo dell'utero quasi completamente scomparso, l'orifizio uterino di tale ampiezza da ammettere una moneta da una lira italiana. Replicai allora colle medesime avvertenze la dilatazione, senza che la paziente accusasse dolore alcuno. Stavasi essa tranquilla ed alzata dal letto quando nella sera del giorno istesso risvegliossi il travaglio del parto. Il quale travaglio regolarmente progredendo, diede luogo alla formazione di grossa e tesa vescica delle acque, il che mi comprovò che le membrane dell'ovo trovavansi tuttora intatte e non

che si distende mediante una iniezione fatta coll'acqua. *Tarnier* ha un proprio dilatatore intra-uterino. È composto di un tubo di caoutchouc della grossezza di una penna d'oca, è lungo 30 centimetri, e vedesi chiuso in una delle sue estremità. L'altra estremità terminante in cul di sacco essendo meno spessa, si lascia per ciò più facilmente distendere. Mediante un conduttore metallico si può fare penetrare questa estremità del tubo nel collo uterino, ed allora dopo averne eseguita la dilatazione mediante il liquido iniettato, ivi si lascia fino a tanto che venga espulso dalle contrazioni uterine. *Chassagny di Lione* ha modificato assai utilmente questo dilatatore.

(1) Volendo generalizzare l'uso di questo istrumento occorre che le estremità delle sue branche siano piuttosto sottili onde possono essere insinuate anche in un orifizio uterino assai ristretto.

erano di guisa alcuna rimaste rotte negli antecedenti atti operatorii: finalmente laceratesi le membrane stesse, alle ore 3 pomeridiane di quel medesimo giorno colò il liquore dell'amnio, dopo di che il feto che presentavasi nella 1.ª posizione del vertice, niun ostacolo incontrando, gradatamente attraversò la filiera del bacino, e vide la luce alle ore 5 antimeridiane del giorno appresso che era il 24 Maggio, e cioè dopo 7 mesi precisi da che la di lui madre ne rimase feconda. Era questo di sesso mascolino, non avea alcuna imperfezione, si mostrò, ed è tuttora vivace e robusto. Poco dopo la giovane sgravossi ancora della seconda.

Continuando le cose a procedere regolarmente, alla 2.ª giornata di puerperio precedette la comparsa del latte nelle mammelle, una febbre leggiera, che passate poche ore si dileguò; le mammelle rimasero turgide per quattro giorni, scorsi i quali, il latte che non potea essere somministrato al bambino, perchè lontano dalla propria genitrice, cominciò a regolarmente scomparire: i lochi assai bene fluirono, potè la puerpera dopo 5 giorni dall'avvenuto parto alzarsi dal letto, e dopo 12 restituirsi lieta ed in forze in seno della di lei famiglia.

Il quale risultato felice da me ottenuto in simile circostanza, mi dà pertanto animo di consigliare ai Chirurgi onde procurare il parto prematuro artificiale, di tentare il graduato, dolce, momentaneo, ma piuttosto ripetuto allargamento del collo uterino, mediante un metallico dilatatore, onde risparmiare così le moleste e gravi irritazioni prodotte dalla introduzione, dalla rinnovazione e dalla presenza prolungata della spugna entro il collo dell'utero; di ricorrere a questa soltanto in quei casi nei quali la pratica mostrasse la dilatazione nel modo per me indicato assolutamente insufficiente, e di far precedere alla dilatazione stessa il distacco parziale dell'ovo, seguendo le regole che io ho descritte, ogni qualvolta l'orifizio esterno dell'utero è tanto ristretto, e il di lui collo così compatto, da non ammettere, senza da

prima sbrigliarlo con rischio gravissimo della donna, qualsivoglia dilatatore di tale robustezza, che si renda capace di superare la resistenza che il collo dell'utero gli oppone; giacchè o realmente pel distacco parziale dell'ovo, o per l'irritazione indotta dalle manovre praticate a tale uopo, si può sperare di ottenere, ciò che avvenne nel caso che ho narrato, voglio dire tale ampliamento dell'orifizio del collo uterino, da permettere che si usino quegli altri mezzi meccanici che ponno con certezza determinare il travaglio del parto.

Così io dava termine a questa memoria il giorno in cui ne feci lettura alla nostra Accademia delle Scienze (1), e cioè il 4 Marzo 1847, e siccome di poi mi si offrirono parecchie altre occasioni in cui dovetti procurare prematuramente il parto mi attenni alle regole che ho indicate, e non ebbi che a lodarmene. Aggiugnerò per altro che sebbene non desistessi da questa pratica allorquando rendevasi necessario l'ottenere con una certa prontezza la comparsa del travaglio del parto, in alcuni casi però, col fine di non usare qualsiasi istrumento capace di porre in agitazione o di intimidire la donna, al dilatatore metallico sostituii il dito quando cioè l'orifizio uterino era ampio in modo da concedere di insinuarvelo. In allora tenuta la donna supina colle natiche rialzate, e posta la palma di una mia mano sul fondo dell'utero affine di abbassarlo e rendere più agevole il penetrare entro l'orifizio uterino coll' indice dell' altra mano insinuato in vagina, procuro, mediante il polpastrello di esso dito, di staccare per quanto lo si può dalla interna superficie dell' inferiore segmento della matrice le membrane dell'ovo, dopo di che girandolo allo intorno e stirando leggermente allo infuori l'orlo di esso orifizio, cerco così a gradi d'ampliarlo. Scorsi pochi istanti ritiro il dito ed all'occorrenza ripeto questa non molesta e breve dilatazione due o tre volte al giorno, nel qual modo i

(1) Rendiconto dell' Accademia delle Scienze di Bologna 1847, e Memorie della stessa Accademia 1847.

tessuti costituenti l'orifizio uterino non rimanendo menomamente irritati, concedono ben presto di potere insinuare nel medesimo oltre l'indice, anche il dito medio, e così la sua dilatazione riesce tanto più pronta. D'ordinario in simile guisa regolandosi dopo due o tre giorni manifestasi il travaglio del parto, ma se ritarda, qualche volta a sollecitarlo mi ha giovato, come altrove indicai, il ricorrere alla suzione dei capezzoli delle mammelle della donna, ripetuta più volte nel giorno istesso, e fatta colla bocca di persona sana, o mediante quei semplici ingegni meccanici che sono a tutti ben noti e che si usano per levare il latte dalle mammelle quando è troppo denso od abbondante. Se poi le condizioni della donna sono tali da poter concedere un tempo più lungo alla comparsa del travaglio, in questo caso lo determino mediante irrigazioni fatte col mio irrigatore.

Questo istrumento è composto di un corpo di pompa, Tav. 23.ª fig. 2.ª *a*, che si continua con un piedistallo, fig. 2.ª *b*. Nella pompa in corrispondenza al punto *c*, fig. 2.ª, e nel piedistallo nel punto *d*, sorgono due lunghi tubi di caoutchouc, il primo dei quali, fig. 2.ª *e*, termina con una canula in pahfung, fig. 2.ª *f*, che è destinata a penetrare nella cavità in cui vuol farsi la irrigazione. L'estremità di questa canula, fig. 2.ª *f*, ha una piccola apertura circolare da cui esce il getto del liquido, ma al suo becco può sostituirsene un altro avente parecchi pertugi, qualora invece si desideri di ottenere un getto a fiocco. Il secondo tubo, fig. 2.ª *g*, è destinato ad essere immerso nel vaso contenente l'acqua, od il liquido qualunque da iniettarsi, fig. 2.ª *i*.

Ogni qual volta vorrà farsi uso di questo irrigatore nei casi anzidetti (1), collocata che sia la donna alla sponda di

(1) Si può servire di questo semplicissimo ingegno meccanico, per fare delle iniezioni in altre parti, per introdurre molta copia di liquido nel crasso intestino nei casi di intasamento, per fare delle docciature, per estrarre liquidi dalle cavità ed impedire nel tempo stesso l'accesso dell'aria nelle medesime, ed in molte altre circostanze.

un letto, colle coscie divaricate, si porrà un catino pieno dell' acqua di cui si vuole far uso al di sotto delle sue parti generative, dopo di che si immergerà il tubo, fig. 2.ª *g*, nel vaso contenente il liquido, fig. 2.ª *i*, e si introdurrà il becco della canula, fig. 2.ª *f*, a tenore dei casi, od entro l'orifizio uterino per dirigere il getto contro le membrane dell'ovo, o soltanto in vagina verso il collo della matrice: afferrato da un assistente con una mano il corpo di pompa, coll'altra porrà in movimento alternativo di innalzamento e di abbassamento la leva, fig. 2.ª *h*, nel qual modo avverrà che il liquido in cui pesca il tubo, fig. 2.ª *g*, passerà tosto il corpo di pompa, fig. 2.ª *a*, ed escirà dalla canula, fig. 2.ª *f*, con forza proporzionata alla maggiore o minore rapidità colla quale si porrà in azione lo stantuffo. Intanto il liquido iniettato nello escire che farà dalle parti generative si raccoglierà di nuovo nel sottostante catino, fig. 2.ª *i*, in cui pesca l' altro tubo, fig. 2.ª *g*, nel qual modo anche con poca acqua si potrà, volendo, continuare l'iniezione a lungo, senza avere bisogno di aggiugnerne della nuova.

Questo irrigatore oltrechè è piccolo, leggero, e può per ciò essere anche senza incomodo alcuno portato con sè da chi intende farne uso, offre poi tale semplicità di meccanismo da permettere a chiunque di servirsene colla massima agevolezza.

La dilatazione meccanica del collo uterino eseguita nel modo da me superiormente descritto, non l'ho usata soltanto quando l' urgenza costringeva a determinare colla maggiore possibile prestezza il parto prematuro artificiale in causa della particolare ristrettezza o viziatura della pelvi di una donna incinta (1), ma anche quando a motivo di una malattia insanabile non rimanevano che poche giornate di penosa

(1) Nel giorno 5 Dicembre 1853, come risulta da una apposita storia redatta dal distintissimo studente signor Dott. *Mazzoli*, e posta nell' Archivio Clinico, trovandosi accolta nelle mie sale una giovane di 28 anni gravida al settimo mese, avente il suo corpo quanto può mai dirsi deforme per rachitismo, e la sua pelvi misurando nel diametro antero posteriore

esistenza alla gestante, ed il feto era tuttora vivente, affine di salvarlo con tanta maggiore sicurezza.

dello stretto superiore, che era il più corto, pollici 2: 2, dopo molte considerazioni da me fatte pubblicamente alla scolaresca, presi la deliberazione di non attendere il termine della gravidanza per eseguire il taglio cesareo, ma in vece mi proposi di destare con sollecitudine in essa artificialmente il travaglio del parto. E siccome attesa l'epoca cui era giunta la gravidanza, ed il grado di viziatura della pelvi, non si sarebbe potuta sperare per tal modo e senza altro aiuto la espulsione del feto, si fu perciò che dichiarai d'avere in animo, qualora la testa non fosse stata fortunatamente sì piccola da poterla estrarre con un piccolo forcipe, di ricorrere per acquistare spazio nella pelvi alla sinfisiotomia se il feto si conservava in vita, od invece alla cefalotomia se in allora si fosse trovato già morto. Ma promosso che fu il travaglio del parto senza che disturbo alcuno la giovane ne risentisse, apparvero poco dopo fenomeni morbosi così imponenti da cagionare ben presto la morte del feto, per cui fu forza abbandonare qualunque idea di sinfisiotomia per attenersi invece all'apertura del cranio del feto istesso. Questa mia proposta fu di poi da me resa nota anche alla nostra Società Medico Chirurgica allorchè si ebbe contezza che, dopo di me, il Chiarissimo Prof. *Jacolucci* ne avea pure fatta una simile. In quella circostanza il Dottor *Belluzzi*, il quale si era molto interessato del caso che io ebbi in Clinica, confermò alla Società istessa quanto io le era venuto esponendo (1).

E giacchè ho accennato alla sinfisiotomia, sembrami acconcio il ricordare qui il processo cui io amo dare la preferenza e che l'Onorev. signor Dottor *Giovanni Pilla* rese noto nei fascicoli di Novembre 1865, e 1867. Con questo processo, mediante il quale integri rimangono i tegumenti che ricuoprono il pube, viene inciso soltanto il vestibolo, resta impedito un eccessivo divaricamento delle ossa innominate, non si pone la divisa sinfisi allo immediato contatto dell'aria atmosferica e dei corpi estranei, e si concede alle marcie uno scolo molto più facile. Fu il medesimo posto in pratica la prima volta alla Maternità dal valentissimo Direttore della medesima signor Dottor *Cesare Belluzzi* in una giovane rachitica di 26 anni. Ed ecco cosa scrive il Dottor *Pilla* in proposito.

Nella sera del 13 Febbraio in essa giovane cominciò il travaglio: nella notte si ruppe il sacco delle acque, e sul mattino del 14 non essendosi, ad

(1) Bullettino delle Scienze Mediche 1857.

Allorchè poi l'indole della infermità per avventura fosse tale da dovere ritenerla suscettibile di guarigione soltanto

onta di energiche e continuate contrazioni uterine, per nulla impegnato il capo del feto che era sempre vivo, l'egregio Dott. *Bellussi* si accinse a porre ad effetto il processo consigliato dal Prof. *Rissoli*, il quale, essendo stato invitato, trovavasi presente. A tale scopo collocata, come seduta, la donna sul margine laterale di un letto convenientemente alto e che riceveva molta luce da una vicina finestra, fattole poggiare il capo ed il tronco su di una specie di piano inclinato composto di guanciali e fattele divaricare le coscie, l'operatore si collocò fra queste di faccia alla operanda. Introdusse dapprima una siringa metallica in vescica per isvuotarla del suo contenuto, e ne la mantenne affidandola al Prof. *Rissoli* onde spostasse a destra l'uretra acciò non venisse lesa nell'atto dell'operazione. Preso poscia un bistorino retto ed appuntito, incise il vestibolo seguendo l'andamento dell'angolo del pube fra esso lui e la clitoride, ed al taglio diede una estensione tale da permettergli d'introdurre in esso l'indice della mano sinistra. Di questo, ed anche delle forbici, si valse per istaccare il tessuto connettivo che ricuopre posteriormente la sinfisi del pube e metterla a nudo. Ottenuto ciò ed assicuratosi del posto preciso ove esisteva l'unione dei due pubi, fece scorrere a piatto lungo l'indice sinistro un bistorino smusso, ne voltò quindi in alto il taglio, e con moti di va e vieni divise la cartilagine di tale sincondrosi. Sopravvennero poscia alcune doglie che spinsero la testa del feto nella escavazione, ma le doglie cessarono e convenne ultimare il parto estraendo col forcipe un feto a termine, maschio, vivo, del peso di grammi 2,660, della lunghezza di centimetri 48, 8 e del quale ecco i diametri del capo.

Occipito-mentale	Centimetri	13
Occipito-frontale	»	11
Sott' occipito-bregmatico . . .	»	8, 9
Mento-frontale	»	7, 8
Bi-Parietale	»	8, 9
Bi-Temporale	»	7, 7

La placenta venne espulsa subito dopo e naturalmente. Si passò poscia alla medicatura consistente in istuelli di fila introdotti lungo il

sbarazzando l'utero dal prodotto del concepimento, in simili casi lo stesso atto operatorio si offre spesso molto opportuno

tragitto praticato al di dietro del pube, ed infine la puerpera fu riposta nel proprio letto, consigliandola di rimanere il più possibilmente immobile nella posizione supina nella quale la si era collocata.

Il puerperio decorse regolare sino alla mezza notte del 16 Febbraio (3.ª di puer.) nella quale si presentò febbre forte e recrudescenza nella tosse che, come ho detto, da non breve tempo la travagliava. Amministrati alcuni medicamenti rinfrescativi per moderarla, e rinnovata la medicatura nella località che progrediva benissimo, nel giorno successivo si presentò il latte in copia nelle mammelle. Il mattino del 18, dopo essersi manifestati dei brividi, la febbre si esacerbò, la tosse si rese maggiormente incalzante, ed apparve un qualche dolore verso l'ileo sinistro: si continuò nel trattamento antiflogistico. Trascorse discretamente per la donna il rimanente del giorno 18 e parte del 19, ma nelle 5 pomeridiane di questo la febbre si fece più grave, e si resero evidenti i sintomi di una pneumonite sinistra. Le cure dirette a vincere questa infiammazione sopraggiunta riuscirono inutili, che la puerpera cessò di vivere il 26 Febbraio, 13.ª giornata di puerperio. Il dolore che il giorno 18 si era manifestato all'ileo sinistro, il 19 si era fatto vagante lungo l'arto corrispondente, per mantenersi tale tutto il giorno 20 e scomparire totalmente il 21. La ferita che era stata fatta al vestibolo e che sino al 23 erasi mantenuta detersa, nei giorni della maggiore gravezza si coprì di un leggiero strato di mortificazione

Fatta l'autopsia del cadavere si trovò: epatizzazione grigia alla parte superiore del polmone sinistro ed alcuni tubercoli allo stadio di crudità all'apice del polmone destro: l'utero allo stato normale: le sinfisi sacro-iliache, specialmente la sinistra, alcun poco divaricate: il tragitto praticato dall'operatore al di dietro della sinfisi pubica, superficialmente mortificato. Da ciò mi sembra essere in diritto di concludere, che la morte della donna è avvenuta in causa della pneumonite, poichè le alterazioni arrecate dall'operazione erano così miti da non potervi avere per certo contribuito.

Volendo poi infine avere una certezza matematica dell'ampliamento avvenuto nella pelvi, dopo fatta la sinfisiotomia, vuotato il bacino dei visceri contenutivi, si sono prese le seguenti misure.

per salvare la vita anche alla madre, ben intesi che se il tempo manca, in allora null'altra risorsa rimane se non se

Pelvimetria fatta coi pubi avvicinati. La stessa coi pubi allontanati.

Distretto superiore

Diametro	antero-posteriore	Centimetri	7, 1	Centimetri	8, 9
»	trasverso . . .	»	12,	»	13, 7
»	obliquo destro . .	»	10, 5	»	12, 6
»	obliquo sinistro .	»	11, 8	»	13,

Escavazione

Diametro	antero-posteriore	Centimetri	8, 2	Centimetri	9, 4
»	trasverso . . .	»	10, 10	»	13,

Distretto inferiore

Diametro	coci-pubico . .	Centimetri	8, 2	Centimetri	9, 8
»	bis-ischiatico . .	»	7, 4	»	11, 5

Le misure prese sul bacino giustificano la convenienza dell'operazione fatta, giacchè superando il diametro retto del distretto superiore per 4 millimetri circa il limite assegnato al taglio cesareo, nessun'altra operazione era indicata a feto vivente in fuori della sinfisiotomia. Si osservi poi che il diametro sotto-occipito-bregmatico del feto era di centimetri 8, 9 precisamente quale fu trovata nel cadavere la coniugata della pelvi a pubi divaricati. Fu levata la forma in gesso della pelvi a pubi accostati, e fu conservato lo scheletro coi medesimi divaricati, il quale è un bell'esempio di rachitismo, e adorna il nascente gabinetto ostetrico della Maternità incominciato dal *Belluzzi*.

Presentatasi alla Maternità un'altra giovane incinta nella quale, attesa la mala conformazione della sua pelvi, si ritenne indicata la sinfisiotomia questa operazione fu eseguita dal medesimo signor Direttore Dott. *Belluzzi*, col processo indicato, ma utilmente variato dallo stesso Professore *Rizzoli* nel modo seguente.

quella di penetrare colla maggiore possibile sollecitudine e colle dovute cautele entro la matrice per estrarne colla mano o col forcipe il feto.

In questa giovane, nella quale la coniugata interna misurava 8 centimetri circa, il giorno 17 Ottobre dell' anno istesso fu tentato prima il forcipe italiano, o del *Rizzoli*, il quale, quantunque la bocca dell' utero fosse meno ampia di una moneta da cinque franchi e la pelvi ristretta, pure per la forma specialmente delle sue cucchiaie potè anche in questo caso essere applicato facilmente. Riconosciuto però insufficiente, lasciatolo in sito, si venne al taglio della sinfisi col processo seguente.

Collocata la donna alla sponda del letto, il Dottor *Belluzzi* introdusse la siringa per svuotare la vescica, e deviare l' uretra da un lato e in basso, poscia incise la mucosa vulvare ed i tessuti più superficiali ad essa sovrapposti immediatamente al di sopra della clitoride, e in direzione semilunare per assecondare la curva dell' arco del pube, quindi insinuò a poco a poco il dito al dissotto dell' angolo stesso per difendere l' uretra sottoposta e dar luogo all' insinuazione, dietro la sinfisi, della branca curva, non tagliente nè pungente, della forbice osteotoma del *Rizzoli*, nel mentre che un assistente stirava in alto il pettignone per potere con maggior sicurezza agire colla lama tagliente delle cesoie sul davanti della sinfisi, e tagliarla completamente in uno o più colpi, e per mantenere integro il pettignone stesso acciocchè il taglio della sinfisi riescisse sottocutaneo, e l' integrità dei tessuti che le sovrastano impedisce un eccessivo divaricamento dei pubi. Fatto ciò, il *Belluzzi* estrasse col forcipe, che, come già dissi, si tenne sempre applicato, una bambina vivente e bene sviluppata, pesando grammi 3,405.

L' operata venne poco dopo colta da infiammazione del peritoneo, che nel sesto giorno di puerperio la privò di vita. La sua morte perciò deve ascriversi alla peritonite che coglie spesso ancor le donne che partoriscono naturalmente, e non al taglio della sinfisi, come lo dimostrò pure l' autopsia praticata nella Sala di Anatomia Patologica di questa R. Università essendo presenti, fra gli altri, i Chiarissimi signori Professori *Fabbri* e *Taruffi*. La detta autopsia mostrò una raccolta purulenta abbondante alla fossa iliaca destra, conseguenza della peritonite in discorso, mentre la divisione dei pubi era netta, la sinfisi sacro-iliaca destra alquanto scostata, ma coi legamenti suoi non lacerati, nessuna lesione della vescica, dell' uretra e del peritoneo, solo il tramite della ferita alquanto mortificato, lo che avviene pure, o si aumenta, nelle ultime ore della vita. Finalmente il diametro antero-posteriore del distretto superiore era di centimetri otto come fu diagnosticato in vita.

Siccome però nell'eseguire questa operazione l'Ostetrico dee guardarsi dallo esercitare intempestive violenze, ed invece nel modo il più blando e il più mite dee farsi strada nell'utero per non indurvi temibili offese, egli è in causa di ciò che questo parto, il quale usato nelle circostanze predette fu denominato forzato, io credo sia meglio chiamarlo, *parto provocato artificiale istantaneo od immediato.*

Lo dico parto *provocato* in quanto che si determina nella donna che non trovasi in travaglio di parto, *artificiale* perchè dee compiersi ad arte, *istantaneo od immediato* perchè, sebbene senza violenze, dee effettuarsi colla maggiore possibile prontezza. E giacchè ho accennato a questa operazione, parmi qui acconcio lo esporre in brevi parole i principali motivi che da gran tempo mi indussero ad anteporlo, nella generalità dei casi, al taglio cesareo nelle donne incinte che mancaron di vita a gravidanza inoltrata, senza che si trovassero in soprapparto.

Dirò adunque che sull'albeggiare del giorno 22 Febbraio 1833, il mio ottimo e distintissimo amico e collega Dottor *Vincenzo Rivani*, medico nel Comune di Castenaso, si portò da me allo Spedale Provinciale e Ricovero, ove io era Assistente, acciocchè seco lui mi recassi per eseguire il taglio cesareo in certa Chiara Molina d'anni 40, sposa al signor Giovanni Cappelli, la quale giunta essendo verso il termine della gestazione, presa da ortopnea, in brevi istanti rimasta era priva di vita. Senza frapporre indugio alcuno ci facemmo condurre colà, ed ivi giunti, ci recammo tosto alla casa di quella sventurata, e debitamente esaminatala ci potemmo convincere che in lei mancava realmente il benchè minimo indizio di vita, e che l'utero non rendeva palese alcun segno d'incominciato travaglio. Così essendo le cose, la scienza insegnava d'appigliarsi immediatamente al taglio cesareo, la legge il volea, essendo suo intendimento di salvare con quella operazione il feto se non è già estinto.

Ma è d'uopo che io confessi, che nello accingermi all'indicata operazione rimasi per un poco trepidante, e nell'eseguirla provai vera ambascia e ribrezzo pel timore che sotto l'aspetto della morte in quel corpo un'aura ancora di vita nascondere si potesse, come sebbene in qualche rarissimo caso, troppo tardi e con vero rammarico, da taluno venne osservato.

E sebbene estratto che ebbi dall'utero il feto, che trovammo cadavere, avessi piena convinzione che certa era pure la già avvenuta morte della di lui madre, fui scrupoloso però ad obbedire ai precetti dell'arte, e quindi eseguii regolarmente la sutura della ferita addominale, ed applicai un conveniente apparecchio di medicatura, dopo di che ripartii per Bologna coll'animo ancora turbato per la triste sensazione da cui era rimasto compreso.

Meditando nel frattanto su quel luttuoso fatto, e considerando specialmente che in realtà la esperienza ha mostrato non potere costantemente la scienza somministrare allo istante i lumi necessarii per istabilire la realtà di una morte improvvisa, pareva per questo a me che in simili casi non sempre opportuna dovesse ritenersi la indicata maniera di operare, e che piuttosto maggiormente acconcio si rendesse, quand'anche il travaglio del parto non si fosse dichiarato, il penetrare gradatamente colla mano entro l'orifizio vaginale della matrice dopo averlo ancora sbrigliato, se pure a ciò fare si trovasse qualche forte ostacolo, per rompere tosto il sacco delle acque ed estrarre così prontamente il feto. E ciò parevami tanto più razionale, riflettendo che questa linea di condotta è quella stessa che la scienza addita e la esperienza sanziona nella donna gravida viva e non in soprapparto in circostanze varie, come sarebbe allorquando una strabocchevole metrorragia non puossi in qualsiasi altra guisa arrestare, il che allora, come dissi, si fa, e bene a ragione, coll'intendimento di salvare la madre ed il feto ad un tempo.

Mentre in quel giorno istesso io era preoccupato da simile pensiero, fui reso consapevole che la curia, venuta

essendo in cognizione della morte repentina di quella donna, ne avea ordinata l' autopsia. Erano a ciò prescelti un mio carissimo e saggissimo amico, il Dottor *Barbieri*, ed un mio spietato avversario. Portatisi i medesimi presso il letto in cui giaceva l' estinta, presenti essendo il marito, il Dottor *Rivani* ed alcuni altri, colui che avverso mi era, scoperto che ebbe il cadavere si volse al marito, ed atteggiandosi alla compassione e al dolore, soggiunse: *povero uomo, vostra moglie quando le fu aperto il ventre, non era altrimenti morta, operandola, Rizzoli l' uccise, è quindi inutile il sezionarla.* Al momento rimase egli atterrito, ma per le buone ragioni addotte dal Dottor *Rivani* in mio e proprio vantaggio, la sua costernazione cominciò un poco a scemare. Si fu allora che l' integerrimo mio amico Dottor *Barbieri* fattosi forte, dopo una ostinata opposizione del suo malaugurato collega, volle che l'autopsia si eseguisse, la quale palesò che quella misera perita era d'interna emorragia cagionata dalla rottura d' un aneurisma dell' aorta toracica.

Informato io dal Dottor *Rivani* e dal Dottor *Barbieri* dell' accaduto loro risposi, consimili amarezze in casi di questo genere, spero, non sarò mai più per incontrare, e non mancai quindi di tosto loro palesare d' avere già pensato a sostituire, se pure qualche ostacolo insuperabile non vi si opponesse, al taglio cesareo, il parto artificiale per le vie naturali, ancorchè il travaglio non si fosse prima della morte dichiarato, come in alcune temibilissime contingenze nella stessa donna viva si pratica. Delle ragioni loro addotte rimasero così persuasi, che lo stesso *Rivani* ne seppe di poi assai bene approfittare, come fra poco renderò manifesto.

Erano trascorsi alcuni mesi da questo avvenimento, quando un giorno fui frettolosamente invitato a recarmi in una casa posta in via Vinazzi, ove abitava una giovane sposa, gravida nell' ottavo mese, morta allora allora improvvisamente, mentre era intenta alle sue faccende domestiche, e senza che

avesse dato indizio alcuno di iniziato travaglio di parto. Si riteneva dovesse per questo essere sottoposta al taglio cesareo onde cercare di salvare il feto, se pure era ancora vivente. Scoperta che l'ebbi per esaminarla, mi accorsi subito che fra le grandi labbra sporgeva già la testa del feto, per cui uncinata con un dito una spalla lo trassi allo istante del tutto fuori dell'utero, dopo di che ei continuò per alcuni momenti a dare non dubbi segni di vita.

Questo fatto, sebbene non nuovo, mi si offriva allora molto opportuno, giacchè la natura mi ammaestrava che i miei divisamenti erano con lei in pienissimo accordo.

Persuaso allora maggiormente della convenienza nelle incinte morte, o presunte tali di estrarre dalle medesime il feto per le vie naturali anche quando il travaglio del parto non si fosse prima dichiarato, purchè un ostacolo meccanico insormontabile non vi si opponesse, nel qual caso converrebbe di necessità attenersi alla gastro-isterotomia, si fu per questo che pochi altri mesi appresso, e cioè sul cominciare del 1834, venuta essendo d'un tratto a morte nello Spedale Provinciale e Ricovero una giovane sposa affetta da tisi polmonare, gravida al settimo mese compiuto, senza frapporre indugio alcuno, postone il corpo alla sponda del letto, introdussi colle dovute cautele e con agevolezza la mano nella vagina, e trovato l'orifizio uterino dell'ampiezza di una moneta da due centesimi, vi insinuai ad una ad una e gradatamente le dita della mano senza che in ciò fare portassi sensibile offesa alla matrice. Rotto allora il sacco amniotico, mi riescì d'estrarre colla massima facilità in un lampo e nell'atto che colavano le acque pei piedi il feto, che si presentava col vertice. Esaminatolo, si conobbe che da parecchi giorni era morto; ma se si fosse trovato in vita sono certo che niun danno l'operazione gli avrebbe arrecato. La dissezione del cadavere eseguita 24 ore dopo l'avvenuta morte, mentre rese manifesti i guasti dell'organo respiratorio, mi fece sicuro che l'utero per la eseguita operazione niuna marcata offesa avea patita.

Questo fatto vieppiù m' indusse a cercare di diffondere la pratica di simile operazione, e quindi non omisi di rendere consapevoli dei miei pensieri, non solo varii miei colleghi, ma quei giovani stessi che venivano allo Spedale Provinciale e Ricovero per udire le mie ripetizioni di chirurgia e di ostetricia, e di poi gli stessi miei scolari alla Università, nel lungo periodo in cui sostituii il *Baroni* (recatosi stabilmente a Roma) nello inseguamento di queste scienze. Dopo di che, e specialmente allorquando questa città e provincia vennero in terribile maniera invase dall' asiatico colèra, e cioè nel 1855, ebbesi campo da me e da non pochi medici e chirurghi di valutarne ampiamente l'utilità, giacchè non solo colla medesima si riescì a togliere dall' utero delle donne incinte perite di simile morbo con facilità il feto, ma ben anco ad estrarne alcuni ancora viventi.

È mio dovere però il rammentare, che io devo in singolar modo al chiarissimo sig. dott. *Verardini*, il quale nel 1852 trovossi presente all' estrazione di un feto da me eseguita nell'anzidetto modo sul cadavere di una incinta signora morta d'improvviso, il gentile pensiero di propugnare e diffondere altresì, mediante varii suoi interessantissimi scritti, il mio metodo operatorio, onde generalizzarne l' uso. Ma quantunque questo metodo avesse trovato il favore di ostetrici distinti, nullameno in Italia ed in Germania ebbersi altresì uomini eminenti che lo osteggiarono, e specialmente perchè così operando si credea potesse rimanere maggiormente compromessa, di quello che nol fosse col taglio cesareo, la vita del feto, al quale solo tutti i pensieri e le cure doveano a lor credere essere rivolte.

Sembra per altro a me che qui appunto stia l' errore, giacchè l'ostetricante non deve del feto esclusivamente occuparsi, ma bensì e seriamente ancora della madre, la cui morte, tanto più se improvvisa, potrebbe non esser reale.

E di vero, se ad onta dei progressi grandi fatti di recente dalla scienza per assicurarsi della realtà della mòrte, la legge ben saviamente vieta che i corpi di coloro in cui si estinse repentinamente la vita siano tumulati o sezionati prima che

nei medesimi appaiano le traccie di putrefazione, segno che rende veramente certi l' umano corpo essersi fatto cadavere, io son di credere che a maggiore ragione, se si eccettuino alcuni casi speciali, non si debba sottoporre alla operazione cesarea una donna gravida che credesi d' improvviso rimasta estinta, giacchè, mentre la esperienza dimostra che quando è veramente tale la operazione medesima si rende quasi sempre inutile pel feto venendo esso, in fuori di pochissime eccezioni, estratto morto dal seno materno, qualora poi in realtà estinta la madre non fosse, l'operazione istessa non varrebbe allora che a precipitarla nella tomba, lasciando così in preda al più crudo dolore la propria famiglia e quello sventurato Ostetricante che la operò, credendola priva affatto di vita. E giacchè la esperienza istessa ne ha invece ammaestrati, che non solo alcune incinte presunte morte non lo erano di fatto, ma operate che furono alla maniera che io consiglio poterono di poi fruire di prospera vita, e siccome venne pure dimostrato che per l' operazione istessa non fu arrecato offesa alcuna al feto, così a maggior ragione ritengo che qualora non si frapponga insuperabile meccanico ostacolo all' esecuzione di questo metodo, debba al medesimo darsi la preferenza.

A conferma di che io non posso a meno di qui rammentare, che il mio carissimo e distintissimo amico il dottor *Luigi Golinelli,* il quale mentre trovavasi in qualità di chirurgo primario in Gubbio, se per affari di famiglia si recava in Bologna non mancava di venirmi a ritrovare per raccontarmi le cose più interessanti che avea osservate, non omise di narrarmi un fatto che tornava molto acconcio ad avvalorare il metodo da me commendato. Del quale fatto, egli pure, diede di poi contezza mediante una sua lettera scritta da Isernia, ove erasi recato col grado di Medico Chirurgo di Reggimento, al chiarissimo signor dott. *Verardini,* allorquando questi con iscientifici lavori, come dissi, propugnava e diffondeva il mio metodo operatorio, e cercava di vittoriosamente combattere

le opposizioni che sulle prime da taluni gli si muovevano contro. La lettera del *Golinelli* al *Verardini* così si esprimeva :

„ Questa notte partiamo per Napoli, e da questo orrendo luogo ti scrivo per l'ultima volta. Ho veduto le cose tue stampate nel Bullettino intorno al metodo proposto dal *Rizzoli* per estrarre dall'utero il feto nelle morte incinte. Io pure all'epoca dell'invasione del colèra in Comacchio, nel 1855, ove era Medico Chirurgo Primario, adoperai questo mezzo, e sempre fortunatamente, memore di un fatto accadutomi in Gubbio fino dall'anno 1843, e che appena giunto in Napoli voglio pubblicare per le stampe affinchè sia a tutti noto. Intanto a te lo narro in poche parole.

„ Suonava l'agonia in Gubbio per una giovane sposa, la quale dicevasi morta di eclampsia dopo aver sofferti molti altri mali consecutivi a gravidanza. Fui chiamato pel taglio cesareo onde battezzare il feto. Ma io non volli in quelle calde viscere impiantare il coltello, e volli fare una esplorazione all'utero, pensando di estrarre il feto dalle vie naturali, come pronto mezzo di battezzarlo e di averlo vivo. Perciò m'accinsi al parto forzato; introdussi quindi gradatamente le dita, poscia la mano nella bocca dell'utero e nell'utero stesso; ruppi le membrane, cercai un piede del piccolo feto, compii l'estrazione, ed il feto lo ebbi vivo. Durante l'operazione essendomi sembrato di sentire una lieve contrattura dell'utero, dubitai che la donna non fosse morta che apparentemente; per cui introdussi di nuovo la mano nell'utero libero dal feto e dagli involucri, e lo titillai colle dita finchè potei essere certo che di fatto si contraeva. Ordinai allora calde frizioni al ventre, agli arti; indi senapizzazione generale. Dopo due ore la donna aprì gli occhi, mi conobbe, e fu poi salva. Il feto visse qualche tempo; ma per essere poco più che quinquemestre e denutrito, morì. „

E quello stesso dott. *Rivani* che ebbe a dividere con me angustie penose nel sottoporre che io feci alla operazione cesarea

il cadavere di colei di cui tenni superiormente parola, trovato essendosi egli pure nella necessità di dovere operare una donna incinta ritenuta morta, lungi dal praticare in lei il taglio cesareo, attenendosi al mio operatorio processo, ebbe la consolazione di vederla rianimarsi, e di conservare così una carissima vita che si ritenea già spenta. Egli fu poi sì cortese di comunicarmi mediante la seguente lettera questo suo bellissimo risultato, allorquando in Francia veniva discussa, ed ammessa da illustri Ostetrici, l' utilità del metodo da me proposto.

Carissimo Professore

Castenaso li 20 Febbraio 1863.

Nello svolgere le mie annotazioni che risguardano quei casi che mi occorsero nel lungo tempo del mio esercizio pratico, e che registrai siccome degni a mio avviso di maggiore rimarco, non posso a meno, nè so tacervi più a lungo il fatto seguente; tanto più che coscienziosamente vi appartiene.

La Maria Vacchi, d'anni 25, di Domenico, divenuta circa da un anno moglie a Felicori Luigi di Marano, donna simmetrica, di lodevole costituzione, e dotata di temperamento nervoso linfatico, trovavasi diggià verso il termine della sua prima gravidanza, quando nell' ultimo giorno del settembre dell' anno 1850 veniva sopraffatta da doglie credute di parto, le quali dall'alba di quel dì la martoriarono fino a sera avanzata e senza frutto di sorta; di modo che sfiduciata nel morale, ed abbattuta nelle fisiche forze, furono poscia sì potenti in lei quegli assalti di *eclampsia* da cui fu presa, che venne tratta sull' orlo della tomba.

Credutasi per tanto estinta dai parenti e dal marito, e nel mentre che in comune la compiangevano, io accedeva al letto di quell'infelice che tinta del pallore di morte, senza polsi, e senza battiti di cuore, con diminuita calorificazione periferica, sorda alle chiamate ed alle grida degli astanti, priva d' ogni sentimento e di moto, giaceva supina sul proprio letto: a sì orrida scena non mi smarrii, e senza perdere tempo in vane ricerche od in inutili tentativi e piuttosto che fare il taglio cesareo, forte dei vostri consigli, mi sbarazzai degli abiti, e postomi presso il letto di quella misera che io pure credevo spenta, mi accinsi alla

operazione del parto forzato, operazione che non mi riescì molto difficile, imperocchè dilatata da me la bocca dell' utero e lacerato il sacco delle acque, fortunatamente potei tosto raccogliere un piede del feto, che estratto, non dava segni di vita. Venuto poscia all' esecuzione del secondo parto, che fu parimenti facile, ed esaurite con ciò le più importanti indicazioni come ostetrico, non so per qual intimo sentimento non potessi scostarmi da quel letto, che anzi posta la mia destra sullo scrobicolo del cuore di quella infelice e leggermente strupicciandone le parti, tenendo fisso il mio sguardo sul volto di colei che era l' oggetto d' ogni mia sollecitudine, m' accorsi di un rapido movimento del suo labbro inferiore e delle palpebre che passò quale elettrica scintilla.

Non saprei dirvi l'emozione dell' animo mio, nè tampoco quale e quanta ne fosse la gioia che m' inondò il cuore, ma solo posso accertarvi che alla vista di quel rapido movimento ne raddoppiai le cure; laonde mediante il soccorso di un poco di vino generoso col quale aspersi le labbra e le gengive della sofferente, col procurare di richiamare alla periferia il calorico, insomma con tutti que' scarsi mezzi che erano in mio potere seppi finalmente richiamarla in vita.

Vi taccio quivi il metodo curativo che per cinque giorni consecutivi dovetti apprestare alla mia operata. Di quei giorni vo' dire che fu sempre in più o men grave pericolo, e ciò perchè voi vel potete figurare siccome espertissimo in simile materia; e solo vi accennerò di volo che il sub delirio in quei giorni fu uno dei più rimarchevoli sintomi, e così l' ottenebrazione della vista; i quali sintomi cedevano all' apparire del sesto giorno di puerperio per essere susseguiti da quel miglioramento che terminò colla guarigione della puerpera.

Spero con ciò, o amico, di essermi sdebitato di quel giusto tributo di gratitudine che ben vi dovea, imperocchè se in quel triste emergente mi comportai in modo da ottenerne l' approvazione dei pratici, ciò fu dietro i vostri suggerimenti, ed a voi solo si deve il merito. Addio amatemi e credetemi

Il vostro aff.mo
Vincenzo dottor Rivani.
Medico Cond. in Castenaso

Questi fatti, in un con quello che venne pure esposto dal *Tullinucci* al Chiarissimo *Verardini*, ed alcuni altri che potrei addurre avvenuti in donne incinte in cui non eravi stato indizio d' incipiente travaglio di parto prima che nelle medesime apparissero le sembianze della morte, vieppiù comprovano quanto

saggio fosse l'avviso del *Frank* (1), d'inculcare agli Ostetricanti a volere tentare ogni possibile via per estrarre il bambino senza aprire il ventre della madre, e di non passare quindi, come d'uso, nelle donne che perivano in travaglio di parto alla operazione cesarea se non se quando siasi riconosciuta l' assoluta impossibilità di togliere dal seno materno il feto in qualche altra guisa.

Mentre però via via moltiplicavansi i fatti comprovanti la facilità e sicurezza con cui riescire si poteva ad estrarre nella morta incinta per le vie naturali dall'utero non disposto al parto il feto nel medesimo contenuto, il chiarissimo *Esterle* continuava a mostrarvisi nullameno alieno, ammettendo che si potesse senza pericolo penetrare nella matrice per togliere il feto soltanto allorchè destato già si fosse il travaglio (2). Fermo essendo in questo proposito, e concedendoglielo il tempo, non esitò anzi di promuovere il travaglio, per potere di poi all'occorrenza insinuare nell' utero la mano ed estrarre il feto in una donna incinta giunta agli estremi della vita, affine di riescire così a salvarlo con tanta maggiore sicurezza di quello che non sarebbe avvenuto attendendo la morte della madre.

La storia ch'egli redasse è così concepita.

Una gravida di 24 anni, sana, di temperamento sanguigno venne presa da cefalea con isforzi di vomito. Alla visita fatta alla Maternità ove essa trovavasi, non disse nulla del suo malessere per timore, come asserivano di poi le sue compagne, di venire sottoposta a dieta severa. Ma un'ora più tardi la cefalea s'accrebbe straordinariamente da un momento all' altro; e dopo un vomito impetuoso la donna cadde tramortita al suolo. Rilevata, e posta in letto, offriva un' enorme dilatazione della pupilla, la bocca deviata, e la paralisi compiuta di tutto il lato destro. Si praticò tosto il salasso, si applicarono mignatte, si coprirono di ghiaccio la testa

(1) Frank Polizia Medica Tom. 1.

(2) Annali Universali di Medicina. Milano fasc. di Febbraio e Marzo 1861. Rendiconto Clinico della Maternità di Trento del biennio scolastico 1857-58, e 1858-59.

e di senapismi gli arti, ma tutto inutilmente. L'emorragia cerebrale era palese, e dovevasi ritenere di alto grado. Il sopore era continuo e profondo, e di tratto in tratto comparivano movimenti convulsivi quasi epilettiformi al lato non paralizzato, e qualche sussulto anche negli arti opposti. Sotto questi accessi il respiro si faceva difficilissimo, quasi che le si strozzasse la gola, e la bocca coprivasi di schiuma. Seppimo da una sorella di questa infelice che contemporaneamente trovavasi nell' Istituto, che la donna era stata molte altre volte presa da fenomeni probabilmente epilettici, per cui all' emorragia cerebrale si sarebbe unita una serie di accessi epilettici, senza che si potesse decidere quale dei due elementi abbia proceduto e provocato l' altro, oppure se l' uno fosse affatto estraneo all' altro. Lo stato gravissimo di lei, la inutilità dei soccorsi attivi prestati, fecero prevedere un esito rapidamente funesto.

Conoscendo quanto rare volte i feti sopravvivano in simili casi alla madre, per cui si praticano ordinariamente inutili operazioni dopo la morte avvenuta, venni a risolvere di tentare l' estrazione del feto prima che la madre spirasse. Esplorai, e trovai l' utero chiuso, però il collo breve, molle e cedevole.

Introdussi un tampone di vescica elastica fortemente disteso da acqua calda, tanto per facilitare il passaggio del feto, indubbiamente ancor vivo, quanto per disporre forse l' utero a qualche contrazione. Dopo un' ora mi accorsi di qualche indurimento passeggiero di questo viscere, che si fece sempre più notevole e frequente, ed ogni volta più prolungato. Scorsa in tutto un' ora e mezzo circa, levai il tampone e trovai la bocca aperta da poter penetrarvi con un dito, e facilmente dilatabile. Passai quindi senza indugio, e senza che la donna di nulla si accorgesse, ad introdurre metodicamente la mano, e giunsi con notevole facilità ad ottenere la graduata dilatazione dell' orifizio uterino. Feci quindi la versione (erasi presentata la testa in posizione dorso-destra) ed estrassi con prontezza attraverso le vie rese più ampie dal tampone un feto vivo, il quale poi con convenienti cure si conservò anche in seguito. Seppi un anno dopo che era sano e robusto.

Feci pure l' estrazione della placenta, e non ebbe luogo alcuna emorragia.

La madre morì sei ore più tardi e son certo che l' operazione praticata non aggravò in alcun modo la sua condizione, ma per lo contrario se fosse stata suscettibile di miglioramento lo avrebbe avuto appunto dal parto sforzoso.

L'esperienza per altro poco dopo mostrò che anche quando il travaglio del parto non è iniziato, il parto provocato ed artificiale istantaneo per le vie naturali da me proposto nella donna morta in sostituzione al parto cesareo, allorquando un ostacolo insuperabile non impedisca di compierlo, può essere adottato anche nella moriente affine di salvare col medesimo con pari sicurezza il feto tuttora vivente.

In conferma di che rammenterò qui ciò che a questo proposito ne scrisse il chiarissimo mio collega, dottor *Cesare Belluzzi* (1).

Si agitava nel campo ostetrico, ei dice, una proposta della scuola bolognese, il parto forzato nelle donne morte incinte anche fuori del travaglio del parto, in sostituzione del taglio cesareo, quando nell'estate del 1861, io veniva chiamato da una levatrice, anche per invito del chiarissimo sig. dott. *Argelati*, presso una incinta nel 9.° mese di gestazione, inferma di tisi pulmonare che l'aveva ridotta omai agli estremi della vita, perchè praticassi nella medesima la siringatura essendovi ritenzione d'urina, e perchè mi tenessi pronto onde provvedere, appena fosse spirata, alla vita del feto, il quale co' suoi distinti movimenti si dimostrava vivente.

Accettai di buon grado un tale incarico, che mi porgeva propizia occasione per mettere forse in atto il parto forzato, come venne proposto dal *Rizzoli*, invece dell'antica pratica dell'operazione cesarea. Vidi la donna e la trovai, quale mi venne descritta, condotta agli ultimi giorni di vita per tubercolosi polmonare; la gravidanza giunta al 9.° mese, il feto vivente, col vertice in basso, e la bocca uterina alquanto aperta e cedevole, come suole trovarsi nelle multipare pari a lei. Circostanze favorevoli al parto forzato, o artificiale che dire si voglia, per allontanare l'idea di violenze gravi necessarie ad ottenerlo, giacchè nel caso non basti una discreta forza a dilatare la bocca dell'utero s'impiegano piuttosto le incisioni al suo orifizio.

Dopo 5 giorni, e cioè nel dì 11 Luglio, l'inferma peggiorando sempre, perdè la conoscenza e si avvicinava all'estremo fine. Offersi al collega ed amico dottor *Giovanni Pilla*, allora Medico Assistente allo Spedale Maggiore, ed ora Sostituto della Maternità, di potere osservare quel

(1) Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna fasc. di Settembre 1861. Memorie dell'Accademia delle Scienze dell'Istituto di Bologna 1867.

fatto raro e interessante; opportunità che egli accolse di buon animo. Noi dunque vegliammo per tutta la notte quell' infelice, assistendo all' indebolirsi progressivo della sua vita; mentre ripetendo l'ascoltazione sentivansi sempre distintamente i battiti del cuoricino del feto.

Il rammarico che io provai pensando alla grande probabilità che lo spegnersi lento della vita nella donna, portasse con sè la morte pure del figlio, e quindi avesse reso inutile qualunque operazione sul di lei cadavere, mi fece balenare alla mente l'idea di *anticipare l' estrazione del feto*, prima che la donna fosse spirata, per ottenerlo più facilmente vivo. Questa idea però, conviene che io il dica, mi venne in animo fors'anche perchè la pratica del *Rizzoli* aveva dimostrato che fuori altresì del travaglio del parto il collo uterino può dilatarsi artificialmente al punto da essere operata l' estrazione del feto; senza di che mi sarei probabilmente attenuto all' antico precetto del taglio cesareo *post mortem*. Col parto forzato poi nell' agonia non avrei recato alcun danno alla madre, e avrei con esso condotto alla luce un bambino vivo e vivace, mentre aspettando la morte di lei mi sarebbe toccato probabilmente di estrarre uno da altro cadavere. La natura stessa, io pensava, non addita razionale tale pratica, anticipando il parto durante gravi malattie della madre, venendo in tal modo espulso il feto vivente dal carcere che poteva divenire la sua tomba?

Come dissi, il metodo del *Rizzoli* non era ancora abbastanza conosciuto massime fuori d' Italia, come lo dimostrava la recente discussione tenutasi in Francia intorno l'operazione cesarea *post mortem*, e quindi io non doveva tacergli, come non gli tacqui, il caso che io aveva ad assistere, e credei fare cosa doverosa avvisandolo specialmente allorchè quella meschina si appressava al termine della vita. Accorse Egli infatti, e visitata la donna e praticata l'ascoltazione, senza che io gli avessi comunicato il mio pensiero già esposto al dott. *Pilla*, dopo matura riflessione concepì egli pure la medesima idea.

Per questo riflesso, considerato che i battiti del cuore del feto si mantenevano vigorosi e che perciò la vita di lui non minacciava di spegnersi, si stimò opportuno di temporeggiare. Ma passate altre tre ore, i battiti del cuore stesso essendosi notabilmente indeboliti, ci decidemmo all'estrazione del feto onde riescire con maggiore sicurezza a salvarlo. Il quale grande vantaggio non era a porsi a confronto dei piccoli mali che alla madre potevano aggiungersi per le lievi lesioni che, in seguito dell' atto operatorio, avrebbero forse potuto effettuarsi nel collo della matrice; poichè le osservazioni mostrano, allorchè l' operazione è fatta debitamente, che sono tali da non dover indurre il chirurgo ad astenersi dal praticare

il parto forzato onde salvare la vita del feto e della madre stessa in certe circostanze.

Decisa l'operazione, la donna fu messa alla sponda del letto; il che riescì di una facilità grandissima. Il prof. *Rizzoli* propose, essendo essa sopra due materazzi, di far rotare il superiore sull'altro, lasciando cadere del primo il di più alla sponda del letto medesimo. Accenno questi dettagli, perchè a chi si troverà in casi simili son certo non saranno inutili. Sostenute quindi le gambe sopra due sedie, nel frattanto che il professor *Rizzoli* teneva l'alto dell'utero in buona direzione, poichè inclinava un po' a destra, io introdussi la mia mano destra bene unta e disposta a cono in vagina, dilatai con dolcezza la bocca dell'utero, portai la mano in alto, e giunto ad un ginocchio ruppi le membrane e lo condussi fuori. In questo frattempo il *Rizzoli*, onde rendere più facile la versione podalica, impresse al feto colle sue mani che poggiavano sul ventre della donna quei movimenti che si praticano anche nel rivolgimento esterno. Finito questo primo tempo dell'operazione, battezzai il neonato.

Il piede primo escito era il sinistro ed aveva le dita rivolte in alto; tirando sul medesimo si vide in esso un moto di spirale per cui giunta la natica alla vulva, essa era già rivolta in alto: subito dopo escì l'altro arto: quindi il tronco del feto, e con poco aiuto le spalle ed il capo. Egli era vivo: si lasciò in relazione però col funicolo un po' di tempo, sinchè cominciò a vagire.

L'utero si contrasse alquanto, talchè il distacco della placenta può dirsi che avvenne naturalmente, e con leggere trazioni operate sul funicolo se ne ottenne l'escita. La donna, che non mostrò d'accorgersi di quanto si era fatto su di lei, venne rimessa nella prima posizione, facendo girare nuovamente il materazzo sull'altro colla maggiore facilità.

Il neonato era abbastanza nutrito, e quantunque mostrasse di non essere a termine, era a ritenersi che provveduto di adatta balia sarebbe sopravvissuto. Come illegittimo, recato agli Esposti, ho potuto vederlo ogni giorno, e non ha mostrato alcuna notabile indisposizione, quantunque la balia che gli dà il latte abbia altri bambini da attaccarsi al seno come si sa che avviene in tali stabilimenti. Ora egli conta più di due mesi.

Alla donna poi non fu arrecato danno colla operazione praticata, perchè sopravvisse 20 ore circa: che tanto tempo non si credeva avesse potuto sopravvivere senza di essa. Ebbe qualche stillicidio di sangue a somiglianza di lochi, ma non perdita alcuna.

Era poi interessante in questo caso esaminare l'utero, per osservare se nella bocca del medesimo o nella sua cavità si fossero operate lesioni

col parto forzato. Il che io feci 22 ore circa dopo la morte, in compagnia del sig. dott. *Pilla*, e del ch. sig. dott. *Verardini*.

L' utero era contratto abbastanza, e staccatolo insieme a porzione di vagina si potè osservare che nella bocca del medesimo vi era il meno che possa trovarsi in tal viscere dopo essere passato di recente il feto, vale a dire una piccolissima fenditura nella sua bocca che non avrebbe potuto avere alcuna dannosa conseguenza. Quest' utero è conservato nell' alcool, nel Gabinetto Patologico della nostra Società.

Simile operazione fatta nelle circostanze ora indicate, in un breve periodo di tempo venne altre volte eseguita, ed è ben noto che in Italia nove donne furonvi già sottoposte. Tre di esse vennero operate dallo *Esterle*, altrettante dal *Belluzzi*, una dal *Romei*, una dal *D' Amato* (1), ed una dal *Ferratini*. In tutte il feto fu estratto vivo, se si eccettui uno solo che appariva già morto da alcuni giorni.

Le ispezioni anatomiche poi, fatte nei cadaveri di quelle misere allorchè furono estinte, pienamente confermarono, che essendosi gli operatori strettamente attenuti alle norme dovute, ed usate avendo quelle cautele che in casi di sì alta importanza non deggionsi omettere, e per le quali erasi pure riesciti ad estrarre il feto senza arrecargli danno di sorta, la matrice non offrì qualsiasi lesione temibile, o quelle soltanto che avvengono d' ordinario anche quando le donne si sgravano naturalmente. E ciò essendosi pure osservato dal *Belluzzi*, dal *Romei*, dal *Pilla*, dal *Verardini*, dal *Busi*, dal *Capuri*, dal *Vecchietti*, dal *Franchini*, dal *Giovanini Gaetano*, dal *Golinelli*, da me, e da molti altri anche nei cadaveri di donne perite incinte sottoposte al mio metodo operatorio, ed in quelle in cui il feto non era per anco mancato alla vita essendosi potuto il medesimo estrarre senza che ne riportasse danno, per tutto

(1) Il *D' Amato* nella donna da lui operata eseguì varie incisioni sul collo dell' utero che era rigido, onde potere con maggiore facilità e sicurezza applicare il forcipe al capo del feto ed estrarlo.

ciò chiaro si rende, che se è a ritenersi lodevole lo appigliarsi a questa pratica nelle circostanze ora annunziate, lo sarà molto di più allorquando dovrassi agire sul corpo di una donna in cui repentinamente cessarono le apparenze vitali senza pregressa infermità manifesta. E di vero, per quanto io pure ne dissi, essendo possibile, che avventuratamente un'aura di vita in quel corpo tuttora si nasconda, ed il lagrimevole stato nel quale la donna è ridotta potendo essere riferibile alla molesta influenza che in alcuni casi l'ovo esercita sulla matrice, ogni qualvolta sbarazzata ne sia nella maniera che io commendo (e la quale, lo ripeto, non arreca offesa al feto se tuttora vivente, nè induce alcuna rimarchevole lesione alla matrice stessa), le manifestazioni della vita potranno perciò nella donna riapparire, e le funzioni proprie del suo organismo riprendere il regolare ordine primitivo.

PROCESSO OPERATORIO

ESEGUITO IN UN CASO

DI SPINA BIFIDA CONGENITA

CON

TUMORE IDRO-RACHIDIANO

ALLA REGIONE CERVICALE

Nel giorno otto Maggio del corrente anno (1869) una robusta contadina, sposa a certo Sarti diede alla luce una bimba nonimestre, nella quale ben diversamente da quanto osservavasi negli altri suoi figliuoli, che erano robusti e senza imperfezione di sorta, rendevasi palese un tumore alla regione cervicale pel quale ella si pose in qualche apprensione. Scorrendo i giorni, lungi dal diminuire crescendo il medesimo di mole, quella buona donna si decise di portarmi la bimba allo Spedale Maggiore per sapere da me se eravi luogo a qualche utile provvedimento.

Esaminandola, trovai ogni parte di quella creatura regolare, se si eccettui appunto la regione cervicale ove rinvenni un tumore che da essa pendea, di colorito in gran parte violaceo, in alcuni punti trasparente, ricoperto quasi in totalità da una esilissima pellicola, e soltanto in prossimità della sua origine tutto allo intorno dalla cute, con cui quella pellicola era continua. La figura di quel tumore si accostava

alla conica, Tav. 23.ª fig. 3.ª, colla base in basso, l'apice piuttosto grosso rivolto in alto. La sua lunghezza era di 8 centimetri, la circonferenza della base di centimetri 13, quella del suo peduncolo di centimetri 10. Al palpamento era molle, ondeggiante, aumentava di volume quando la bambina mandava delle grida, e se vi si teneva allora applicata la mano vi si sentiva un debole rumore di soffio. Premendolo, un poco diminuiva ed avvizziva, senza che per questo sorgessero fenomeni disgustosi. Cercando d' esplorare col dito le sottoposte vertebre cervicali si giugneva a penetrare in una piccola apertura esistente nella quarta vertebra di quella regione in corrispondenza alla apofisi spinosa mancante.

Per tutto questo, e per altri diligenti e minuti esami da me fatti, facile riesciva il conoscere trattarsi di una congenita spina bifida cervicale con tumore idro-rachidiano estra midollare o periferico senza complicazione di sorta. Laonde ne emergeva che, le pareti del sacco essendo formate soltanto dal tegumento in esteso tratto ridotto ad esilissima pellicola e dalle meningi senza che vi fosse menomamente compreso il midollo spinale, poteasi perciò agire sul tumore medesimo con fiducia di non incontrare rischi assai gravi. E così pure integre essendo le altre regioni del corpo, e regolari mostrandosi le varie funzioni di quella piccina, eravi luogo a credere che la umorale raccolta fosse riferibile unicamente allo stato patologico speciale della località ed alla medesima del tutto circoscritta, motivo per cui non essendo influenzata da qualsiasi lesione più o meno rilevante dell' asse cerebro spinale, eravi luogo a sperare che ogniqualvolta quel tumore si fosse potuto togliere, niun altro pericolo doveasi paventare.

Conveniva dunque trovare il modo più acconcio che valesse a liberarne quella figliuola.

A quest' uopo ai giorni nostri vengono maggiormente commendate le punture congiunte alla compressione del tumore, e le iniezioni iodate. Le prime proposte dal *Abernety* ed usate dal *Cooper*, dal *Labonne*, dal *Probart*, dal *Vaccà*,

furono in ispecial modo preferite ultimamente dal *Giraldès*. Vuota egli il tumore con un sottile paracentario in totalità o in parte, in seguito spalma su tutta la superficie a modo del *Behrends* uno strato di collodìon, e così esercita una compressione uniforme, che avvalora con una compressa ed una fasciatura leggermente stretta. In una maniera però alquanto diversa di questa si condusse il *Berardi*, ottenendone nullameno un risultato brillante nel caso interessantissimo di cui qui riferisco la storia.

Da Sebastiano e da Teresa coniugi Pezzotti, di Ancona, genitori sani e robusti di bella e numerosa figliolanza, nasceva su i primi giorni dell'anno 1855 una bambina nonimestre bene costituita e nutrita, vispa, vigorosa, presentando facili movimenti d'ogni parte del corpo, quelli inclusivi delle estremità inferiori, non avendo altro vizio tranne la deformità di una lunga coda estesa sei pollici, che dalla punta del sacro e coccige scendeva al terzo inferiore delle gambe. Questo strano prolungamento, interamente sano, portava sul dorso ciocche di peli, e nell'atto del defecare offriva nella sua radice oscuri movimenti di elevazione, per cui davano tutti nelle meraviglie. Le donnicciuole e l'idiota vedendo in quest'anomalìa qualche cosa di bestiale, e pretendendo di assomigliare questa cara creatura ad una bertuccina caudata, dannavanla alla perdizione. Gl'intelligenti, ed in ispecie le persone dell'arte, temevano di perderla per l'indole e la gravezza del male. Sulle prime divideva quasi con questi la mia opinione; ma poi calcolando meglio, per la cura radicale del caso, le indicazioni e controindicazioni, prevalendo le prime, deliberai di venirne al tentativo. Feci perciò un più maturo ed esatto esame del tumore. Era questo nella sua origine rigonfio e largo due pollici; sorgeva dalla punta del sacro e dal coccige; da cui discendendo diminuiva di grossezza gradatamente fino all'estremità inferiore, la quale per irregolare assottigliamento cutaneo si mostrava contorta e piegata dal lato della maggiore densità della pelle, simulando di essere in contrazione. Il tumore di consistenza elastica, di forma rotonda, o meglio di un cono alquanto schiacciato colla base in alto, e la punta in basso, era fluttuante e molle, collocando la bambina in posizione orizzontale colla testa inclinata in basso: diventava poi duro e resistente tenuta in situazione eretta. Nella prima posizione, l'onda del liquido in esso contenuto passava nel canale spinale per una apertura situata nel fine della colonna vertebrale: e meglio distinguevasi la trasparenza del liquido mettendo un

lume, come nell' idrocele, al lato opposto del tumore. Nell' intestino retto introdotto l' indice della mano sinistra, e colle dita della destra tasteggiando sulla esterior parte del tumore, si sentiva il coccige per intero diviso in due parti longitudinali: fra le quali le pareti dell' intestino e del tumore erano in contatto. Non verificavasi altrettanto delle ultime vertebre sacrali, essendo i corpi di queste interi, avendo divisi soli i tubercoli ossei che nel sacro tengono luogo d' arco, e de' processi spinosi: di modo che dalla divisione di questi col bipartito coccige risultava una fessura estesa circa un pollice contornata ai due lati da creste dure, e nel centro si sentiva un manco di resistenza, e tale divaricamento da permettere alla punta di un dito di penetrare nel canale vertebrale.

La pelle del tumore sebbene intatta, pure in qualche punto era sì trasparente ed irregolarmente assottigliata, da far temere della rottura. Lo stato adunque della pelle in qualche punto, e la sede del tumore nella regione del sacro, erano due circostanze sfavorevoli per riuscire nell' assunta impresa: perchè ognun sa che la rottura spontanea accidentale od artificiale dei tumori idro-rachidici avvenuta fuori della vita uterina torna pel neonato, ed anche per un fanciullo, quasi sempre funesta, sia per la subitanea mancanza di compressione sulla midolla, stante la uscita rapida del fluido, sia per la trista influenza dell' aria introdotta nel canale spinale; come altresì, dopo l' osservazione fatta da *Morgagni* (1) e confermata da *Cruveilhier* (2), offre maggior pericolo la spina bifida del sacro, checchè da altri si dicesse in contrario, perchè in questa regione le propagini nervose, nonchè la stessa midolla si sono trovate confuse col tumore; come anche nel presente caso confondere si potevano li filamenti del nervo gran simpatico per la divisione dell' osso coccige col tumore stesso. Compresso il tumore nella sua radice, la bambina anzichè dar segno di stordimento, rompeva in strida: ma accadeva lo stordimento esercitando una più valida e brusca compressione. Fatte le esplorazioni, presi a ricercare tra i vari metodi adoperati quale si offrisse più idoneo alle speciali circostanze del caso. Fra questi credetti di scegliere quello della compressione associata alle punture multiple e successive di *Astley Cooper*, ma alquanto modificandolo.

Incominciai quindi a pungere la parte inferiore e più ristretta del tumore coll' ago da cataratta, ravvolgendo poi tutto il tumore con una fascetta circolare moderatamente stretta. Dalla puntura coll' aiuto della compressione scolava il fluido rachideo, limpido, sieroso, inodoro: per cui nel

(1) De Sed et caus. morborum *Morgagni*.
(2) Anatom. Patol. *Cruveilhier*.

primo giorno il tumore si avvizziva: allo stillicidio subentrando il processo adesivo, l'apertura chiudevasi, s'internava la cicatrice, e le pareti si corrugavano ed ingrossavano attorno ad essa.

Riprodotto indi il liquido tra otto, dieci, ed in ultimo anche tra dodici e quindici giorni, rinnovavasi la punzione dalla parte opposta a quella della precedente. Nello spazio percorso dall'una all'altra puntura si continuava a stringere colla fascetta il tumore segnatamente alla sua radice. Nelle prime cinque punzioni si ebbe il fluido di natura sieroso: ed accadeva sempre lo stesso ispessimento ed increspamento della pelle nei punti cicatrizzati. Nella sesta e settima principiò il fluido ad alterarsi, ed essendosi modificato nell'ottava in una materia mista a linfa coagulabile, dovetti ingrandire colla lama stretta di un bistorino l'angusta puntura per dargli escita. Per altre cinque volte dovetti praticare piccole incisioni per dare esito ad un pus albuminoso, che esalava in fine un odore disgustoso. Con tutta però l'alterazione del fluido la pelle del tumore rimaneva inalterata: per cui le strette incisioni sotto cutanee cicatrizzavano colla stessa facilità delle punture surriferite, producendo uguale raggrinzamento dei tessuti, e l'adesione delle pareti nell'interno canale del tumore. Nello spazio di quattro mesi si ebbero tredici evacuazioni del fluido. In ogni operazione la bambina gettava molte strida: continuava a dar segni di soffrire anche dopo la medesima, poi ritornando alla solita tranquillità, cresceva, ingrassava, e dava mostra di una vita vegetativa e rigogliosa. Aveva cambiato già il tumore di forma: la sua punta, in principio sottile, in forza del raggrinzare della cute nelle cicatrici erasi raggruppata, accorciata ed ingrossata quanto la sua base: che non avendo subìta ancora sensibile modificazione, il diametro suo trasverso manteneva la stessa larghezza. La fessura vertebrale si sentiva pure bene pronunciata: in questo punto il canale del tumore conteneva il fluido, mentre nel tratto suo inferiore, fatte aderenti le pareti sierose, erasi già convertito in una specie di cordone. Ivi adunque era d'uopo di agire: nella radice però del tumore formando un cono rovesciato in basso sdrucciolavano i giri di fascia: dovendo d'altronde stringere e ridurre questa parte ad un peduncolo, immaginai un mezzo semplicissimo, che mi corrispose a meraviglia, esercitando propriamente nel luogo del collo del sacco idro-rachidico una molle e graduata compressione. Questo consisteva in piccole candele di cera, resa più tenace per l'aggiunta di poca trementina, del diametro poco più di una penna da scrivere. Ne adoperava una in ogni medicatura, ne faceva un'ansa ed a guisa di codale passandola sotto la radice del tumore caudato, ne riuniva sul dosso le due estremità attortigliandole insieme più o meno a seconda del grado compressivo creduto necessario. Sovrapposta quindi la solita fascetta circolare,

i di cui capi traversavano poi l'ansa del lucignolo della candeletta, venivano infine legati attorno le anche della piccola fanciulla. Con tale medicatura quasi giornaliera, continuata per oltre altri tre mesi, alternata da altre sei tacche o piccole incisioni, si vide la base del tumore grandemente assottigliare, obliterata la cavità idro-rachidea del medesimo; ed i tubercoli delle due ultime vertebre del sacro riuniti. Tutto ritornava nell' ordine normale tranne il coccige che, senza arrecar danno, è rimasto diviso. Il liquido rachideo che, come dissi, variò in qualità, diminuì gradatamente anche in quantità: tantochè nelle ultime incisioni era divenuto denso, mucilaginoso, somigliante all' albume dell' ovo; raccolto in tante cisti non era più ondeggiante, abbondante, sieroso, come nelle prime punture, e marcioso come nelle incisioni successive. Non si tenne calcolo del suo peso, e neppure della sua chimica composizione. Accorciato così il tumore della metà, si era fatto più largo molto in basso che in alto: dove stretto sempre dalla riferita candeletta ritorta, risultò un pedicciuolo di un ammasso carnoso della forma di una grossa pera. Serrato un giorno tale pedicciuolo un po' troppo dall' indicato codale, che fu forse anche troppo tardi rimosso, diede luogo ad un' esulcerazione profonda della delicata pelle della bambina alla parte inferiore dello stesso peduncolo. Da questa circostanza potei assicurarmi, che il collo del sacco erniario idro-rachidico era obliterato, che l' apertura delle ultime vertebre sacrali si era resa insensibile al tatto, sentendo solo i due corpi laterali duri del coccige rimasto diviso.

Giunto dunque il tempo di recidere il tumore, con un colpo di bistorino si fece l' amputazione del suo peduncolo. La ferita che ne risultava, era divisa in due parti laterali da un tramezzo, ai lati del quale scorgevansi due fori, che specillati si trovarono chiusi nel collo del sacco obliterato; per cui tolta era la comunicazione col canale spinale. Due piccole arterie nutritizie continuando dal moncherino a zampillare, furono chiuse coll' attraversare nello stesso moncherino uno spillo, e col praticare attorno alle estremità di questo la sutura attortigliata. In tutto il tempo della operazione la fanciulla gettò grida acutissime, che durarono due ore dopo la medesima; passato questo tempo si attaccò al seno materno, si addormentò; e da questo momento in poi non diede segno di molto patire. La piaga cicatrizzò dopo ventiquattro giorni, di maniera che questa bambina, dopo avere sostenuta una cura di più di sette mesi, dopo diciannove punture sofferte, dopo l' uso continuato della compressione, è guarita radicalmente di una malattia creduta dalla generalità dei chirurgi incurabile. Tant' è vero che oggi cresce piena di vigore e di beltà in ottima e florida salute, restandole solo nella sede della spina bifida un moncherino ben cicatrizzato con un ciuffetto alla cima, che il vederlo è cosa in vero strana e bizzarra.

Ma sebbene della puntura congiunta colla compressione io pure dovessi lodarmi, tuttavia non mi sentiva molto proclive ad esperimentarla in quella piccina, sconfortato essendo da una recente statistica dello stesso *Giraldès*, dalla quale risultava che di 22 individui in simile guisa trattati 12 erano periti. E ad astenermene era pure indotto pel riflesso che così operando per lo più il risultato finale, se pur favorevole, di molto ritarda, per cui sorgeva in me il timore che nel frattempo il tumore si fosse aperto, come già minacciava, e da ciò ne avvenisse la morte.

In quanto poi alle iniezioni di iodio preconizzate specialmente da *Brainard* di Chicago in questi ultimi tempi, sapevasi che il *Debout* asseriva che sopra 10 casi si erano ottenute cinque guarigioni, che distinti chirurghi affermavano che su altre 17 spine bifide così trattate ebbersi 10 risultati felici, che il *Caradec* di Brest pubblicava pure quattro esempi di guarigione confermate, e che il *Coater* in Inghilterra un altro ne rendeva palese. Ma ciò che per me avea pure grande valore, si era la seguente osservazione esposta all'Accademia Medico Chirurgica di Napoli dall' illustre Prof. *Palasciano* il giorno 26 Giugno 1856.

La bambina che vi sta innanzi, diceva egli, ha poco più di due mesi di età. Nacque ai 20 Novembre 1855 da padre sano e madre linfatica e clorotica in seguito di gravidanza regolare ed a termine, che negli ultimi due mesi fu complicata da frequenti capogiri. La spina bifida con cui venne alla luce avea sede sull' ultima vertebra lombare e le prime tre sacrali, ed addì 12 dicembre, epoca della mia prima visita, dava luogo ad un tumore della grossezza e figura di un uovo di gallina, a diametro verticale, con la grande estremità in su, molle, elastico, fluttuante e compressibile tanto da scomparire affatto sotto continua e moderata pressione. Così ridotto il tumore permetteva compiuta esplorazione della sua base, la quale era costituita dalla diastasi della spina, i di cui due lati allontanandosi l' uno dall' altro rappresentavano con gran precisione il piano dell' ovale figurato dal tumore. In tale stato scappavano feci ed urine involontariamente (per quanto può asserirsi in quella età), la bambina penosamente vagiva, ma nessun segno di risoluzione avvertivasi su gli

arti inferiori. Ritornato spontaneamente il tumore alla forma primitiva e fatta la più attenta esplorazione, non fu dato riconoscervi alcun movimento in rapporto ai moti del torace od ai battiti del cuore. La superficie del tumore era ulcerata per un quarto della sua estensione nel mezzo; per altrettanto spazio intorno la pelle era assottigliata e trasparente come vescica di siero, e nella estrema periferia anzi che conservare i caratteri della cute circostante era più dura e quasi incallita.

Il sedere avea forma triangolare con compiuta scomparsa delle natiche, ed all' apice del triangolo stava l' ano prominente in cima al coccige; e quest' osso faceva retta continua col sacro.

Gli arti inferiori in ottimo stato di nutrizione corrispondente al resto del corpo della bambina aveano i loro movimenti spontanei; ma il dritto presentava il primo grado di piede torto popliteo esterno, ed il sinistro il primo grado di piede torto popliteo interno. In quello esiste retrazion permanente del tibiale anteriore e muscoli compagni, in questo una simile affezione dei muscoli gemelli e solèo e quindi del tendine di Achille.

Nel rimanente del corpo nessuna contemplabile alterazione.

Codesto stato di cose non poteva che maggiormente rifermarmi nella mia opinione, conforme del resto a quanto pensano oggidì fisiologi e chirurghi, consistere cioè la spina bifida non in una idropisia del canale vertebrale ma in un difetto di conformazione per mancato coalito delle due metà primitive delle vertebre nel sito del tumore, dove nello sviluppo della organogenesia non si è attuata la seconda legge del *Serres, legge di simetria*, siccome avviene nello sterno bifido, nel labbro leporino complicato ed in altre simili congenite deformità.

Pur nulladimeno mi era impossibile partecipare alla eccentricità di tutt' i metodi di cura finora adoperati contro la spina bifida, e di non veder chiaramente emanate le basi terapeutiche da quel concetto patologico del morbo.

Se la diastasi delle due metà laterali delle vertebre forma l' essenza della spina bifida, l' indicazione fondamentale della cura dev' essere il ravvicinamento, la riunione di esse.

Ma non bisogna dissimularsi che in mezzo alla vertebrale diastasi coesistono due altri elementi morbosi, la eccedenza del liquido cefalo-rachidiano, e la dilatazione delle parti molli costituenti le pareti del tumore. E quindi due indicazioni sussidiarie, la evacuazione del liquido eccedente ed una infiammazione adesiva cicatrizzante nelle pareti del tumore.

Non dubito che sia lecito far senza di queste ultime in casi leggieri e semplici.

Con tal programma operai la bambina per la prima volta addì 16 Dicembre. Per mezzo di piccolo paracenterio praticai una puntura sottocutanea al lato dritto del tumore. Fu raccolta un' oncia di liquido limpidissimo dal *Semmola* Dottor *Mariano* ch' era presente e che ne pubblicherà l' analisi. Attraverso della cannella praticai tre iniezioni di altrettanta quantità di tintura di iodio ed acqua a parti eguali. Ciascuna iniezione rimase in cavità per venti secondi; e dippoi, un pezzo di taffetà su la puntura e la fasciatura unitiva per le ferite longitudinali da comprendere i due lati della base del tumore.

Al terzo giorno il tumore era ritornato alle primitive condizioni.

Dopo otto giorni praticai una seconda operazione simile alla prima, e questa volta avea il bene di essere assistito dal *Barbarisi* mio degnissimo amico: il liquido estratto fu cidrino; e nessun accidente si manifestò, se si eccettui la notte inquieta ed insonne; ma il tumore medesimamente si riprodusse. Sicchè a capo di altri otto giorni praticai un' ultima operazione che diede liquido opalino; e dopo di essa, scorse quattro settimane, non solamente il tumore non è più riapparso e la sua ulcerazione è quasi cicatrizzata, ma ancora la diastasi della spina si è ridotta della metà, son costituite le sporgenze delle natiche, e l' ano entrato nel loro solco mediano.

Continua la cura ortopedica principale per mezzo della fascia unitiva su la diastasi vertebrale; e quando i punti di appoggio di essa su le creste iliache non fossero più sufficienti ed efficaci, ove si trattasse di altro punto della spina, allora si adopererebbe un raddrizzatore elastico che prendesse il doppio punto di appoggio su i lati medesimi della divisione della spina, secondo il modello da me creato e che mi pregio di mettere sotto l' occhio dell' Accademia.

La cura dei piedi torti comincerà a tempo opportuno, senza che per questo abbiano minor valore le deduzioni seguenti:

1. Nelle descritte operazioni nessuna precauzione fu presa per difendere la coda equina dal contatto del iodo: ma invece il iodo fu adoperato con lo scopo di corrugar la parete del tumore e tor di mezzo la ricomparsa del liquido cefalo-rachidiano in esso. A ciò si è riuscito senza provocar nessun accidente su i cordoni nervosi sottoposti. Invece si può osservare la totale scomparsa della incontinenza delle urine e delle feci. E però si può ritenere come mal fondato il dubbio emesso nella Società di Chirurgia di Parigi intorno alle iniezioni iodurate nella cavità vertebrale.

2. La riuscita di tre operazioni di spina bifida sopra tumore a) *a base larga,* b) *coperto da pelle ulcerata,* c) *sensibile alla pressione,* d) *accompagnato da piedi torti,* prova altamente che le controindicazioni

a curar la spina bifida immaginate da *A. Cooper*, sostenute in Francia dal *Laborie* (*Annales de chirurgie française et etrangère, Paris, 1845, t. XIV, p. 272*), e così ritenute nella Scienza, quando anche esistessero tutte riunite, non si oppongono alla efficacia ed innocuità della operazione allorchè essa sia fondata su le nuove basi terapeutiche che mi han servito di guida e che ho avuto l'onore di esporvi.

3. La genesi, il meccanismo e lo sviluppo del doppio genere di piedi torti che vi ho presentato, su lo stesso individuo, provenienti da lesione nel medesimo punto della colonna vertebrale, sono un'altra prova in appoggio della esattezza dei corollari delle mie *Ricerche anatomiche su le propaggini inferiori della midolla vertebrale*, cui l'Accademia si degnò di accordare il premio di prima classe e che formano parte del volume V, del Rendiconto, anno 1851.

Sebbene però anche questo fatto si mostrasse molto favorevole pelle iniezioni coll'iodio, pur nullameno parendo a me che qualora lo si possa, sia sempre ben fatto l'evitare il contatto di questo o di altri corpi irritanti sul midollo spinale, che d'altronde realmente in non poche altre circostanze si reser funesti, deliberai quindi d'esperimentare un altro processo che per prima cosa era diretto a togliere ogni comunicazione fra la midolla e la cavità del tumore, il che poi conceder potea d'agire su questo con tanta maggiore sicurezza onde sbarazzarne del tutto la bimba.

Il *Trowsbridge*, il *Beynard*, il *Latit*, il *Thlmecour*, ed il *Page* aveano già proposta la legatura del tumore alla sua origine, ma in simile guisa operando le meningi spinali rimanevano in violento modo strozzate, e le loro pareti restavano increspate e quindi disposte in un modo improprio, anzi tale da non permettere quel perfetto contatto in ogni lor punto che conviensi per ottenerne con sicurezza l'adesione, motivo per cui con questo metodo non ebbersi che risultati infelicissimi.

Per evitare simili inconvenienti, il *Tavignot*, afferrato e stretto il tumore alla sua base con una pinzetta simile ai comuni enterotomi, tagliò poi tutti i tessuti che superiormente vi rimanevano, ma siccome con questo istrumento non poteansi

comprimere esattamente ed egualmente in tutto il loro tratto le pareti del tumore su cui veniva collocato, non se ne ebbe esito favorevole.

Beynard quindi preferì di accostare prima le lamine parietali sierose alla base del tumore, e pizzicotando fortemente la parete tegumentale ne fece una piega, quindi la serrò fra due tubi di penna che fissò mediante un cordoncino.

Il *Dubois* eseguita la piega della pelle nello stesso modo attraversò la base del tumore con alcuni spilli, sotto l'estremità dei quali collocò due lamelle o bacchette legate nei punti estremi per serrare, come superiormente ho detto, la piega medesima, e *Casati* invece preferì la sutura clavata, dopo avere perforato in antecedenza più volte il tumore.

Ma oltrechè la compressione negli anzidetti modi praticata non può essere all'occorrenza con facilità e speditezza, a brevi intervalli ed a minimi gradi diminuita od aumentata, colla introduzione poi degli spilli o dei fili nella base del tumore in prossimità della spina si aggiungono lesioni capaci non di rado di cagionare conseguenze assai disgustose.

Volendo pertanto ovviare tutto questo, parve a me che vi si fosse potuto riescire comprimendo a piatto in ogni suo punto uniformemente, ed a quel grado che mi fosse sembrato opportuno, la parte più alta del tumore ricoperta tuttora dalla cute mediante il mio enterotomo (1).

Diffatti come feci conoscere a pag. 308 di questo volume, l'indicato istrumento è appunto costrutto in modo da potere tenerne le branche e comprimere i tessuti in ogni lor tratto in direzione paralella, e quando il bisogno lo richiegga, possono le medesime esser dirette in guisa da esercitare una pressione tanto più valida, o colla loro estremità libera, o verso la loro articolazione. Da ciò ne risulta che la pressione

(1) Vedi la Tav. XV fig. 1.ª

dalle medesime indotta potrà riescire o in ogni punto uniforme, od invece maggiore, o minore ove ciò torni più acconcio.

La facilità poi con cui ad ogni istante puossi anche a piccoli gradi aumentare o diminuire la pressione senza avere bisogno di smuovere l'istrumento dal posto in cui fu collocato, lo poteva a mio avviso rendere anche maggiormente utile nel caso che a me si offeriva.

Ciò posto non esitai a prevalermene, ed ecco il modo con cui mi condussi. La mattina del giorno 6 Giugno, essendo presenti vari distinti medici e chirurghi, affidata la bambina ad una infermiera, e fattala tenere boccone sulle sue coscie, strinsi gradatamente colle dita della mia mano sinistra il tumore in prossimità della sua origine onde porne le pareti interne a contatto, dopo di che divaricate paralellamente le branche dell'istrumento abbracciai colle medesime l'apice del tumore fra le mie dita e la cervice, indi feci stringere le branche in modo che i tessuti fra le medesime compresi, rimanessero in ogni lor punto egualmente premuti, Tav. 23.ª fig. 3.ª. Il tumore si fece allora teso e di color livido. Scorse essendo tre ore dall'operazione divenne nerastro e maggiormente teso, e quantunque la bimba non dasse segno di molto patire, nullameno fu con un ago perforato il tumore in quattro punti, e così escito essendo del siero torbido, si rese vizzo.

Nel giorno successivo la bambina era tranquilla, e al terzo dì il tumore vedevasi del tutto sfacelato ed appariva come una piccola borsa vuota. Nel frattanto non mancossi di osservare di frequente la parte operata per mantenere eguale la pressione nei punti stretti dallo strumento, ed ivi ottenere con tanta maggiore sicurezza il coalito dell'interna superficie delle meningi. Intanto i tessuti della regione posteriore del collo, su cui premendo il compressore veniva perciò impedito all'umore rachidiano di sfuggire dalla vertebrale apertura, per essudati plastici eransi fatti grossi in modo da

costituire così un' area circolare del diametro di alcuni centimetri. In causa di ciò, questi tessuti servivano ad impedire essi pure che umore rachidiano si insinuasse nell' apertura esistente alla quarta vertebra cervicale, la quale perciò mostrava tendenza ad obliterarsi. Staccata che fu al quarto giorno quella borsa sfacelata, e tolto il dì appresso il compressore mi resi certo che il coalito della interna superficie delle meningi era ivi in ogni punto avvenuto, per cui fu medicata la piaga con fila semplicemente unguentate, niun altro soccorso d' altronde prestandosi alla bambina, giacchè del resto trovavasi in ottime condizioni. Si fu anzi per ciò che si permise alla madre di ricondurla alla propria casa, ove poi venne giornalmente medicata da abile chirurgo.

Avvertito che la cicatrice erasi perfettamente formata, il giorno 28 Luglio in compagnia del Dottor *Busi* ci recammo a visitarla. La trovammo vegeta, e debitamente nutrita, compiendosi le sue funzioni con tutta regolarità. Reggeva essa bene la testa ed il collo, e gli arti, tanto superiori che inferiori, mostravansi forniti di quella forza che suole essere propria di sì tenera età. Nella regione operata, la cicatrice era completa, e formata da un tessuto assai consistente, grosso quasi un centimetro. Questa cicatrice è circolare e della dimensione di un soldo. Nel centro, il tessuto stipato cicatrizzio si insinua nel punto in cui la quarta vertebra era aperta, ed in un con una laminetta ossea generatasi al suo orlo l' ottura fortemente. Ancorchè la bambina strida, la cicatrice non si rialza menomamente, essendo tolta del tutto ogni comunicazione coll' interno degl' inviluppi spinali, in una parola il risultato finale può dirsi attualmente completo.

Tav. XXIII.
F. 1.
1/3
F. 3.
F. 2.
a
h
1/2
c
e
d
b
f
g
i
O. Nannini dis.°

INDICE

INDICAZIONE

DELLE PRINCIPALI NOTE

ED AGGIUNTE

Errori				Correzioni
Pag.	36	lin.	6. poichò a tal uopo	poi che a tal uopo
»	40	»	17. consapevoli operando che	consapevoli che operando
»	311	»	3. fiancheggiato dell' a-diacente	fiancheggiato dall' adiacente
»	363	»	7. di me dimostrato	da me dimostrata.
»	375	»	17. intra o sopravaginale	intra e sopravaginale
»	379	»	26. l' ororevole dott.	l' onorevole dott.
»	395	»	25. la	al
»	423	»	23. si domivana	si dominava
»	525	»	18. gastro-isterototomia	gastro-isterotomia

N14
R62
1869
M14 Rizzoli, F.
R62 Collezione delle
1869 memorie chirurgiche
ed ostetriche.
Bologna, Regia
Tipografia.
NAME
DATE DUE